Nr. 50. 14. grudnia 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. Mieczysław WIERZUCHOWSKI, Kraków.
b. asystent kliniki.

Leczenie dychawicy oskrzelowej dożylnem stosowaniem peptonu.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego
Dyrektor: Prof. Dr. Witold Orłowski.

(Doniesienie tymczasowe[1]).

Leczeniu dychawicy oskrzelowej peptonem poddaliśmy dwuletni materjał przypadków tej choroby, przepływający przez klinikę krakowską. Opieraliśmy się na tej przesłance, że w przypadkach dychawicy, gdzie, przypuszczalnie anafilaktyczny czynnik, wywołujący tę chorobę, był nieznany, pepton, jako najbliższy białku przetwór jego hydrolizy, swoiście już jednak nie działający, zdoła odczulić te przypadki chorobowe nieswoiście. Auld w Anglji używał tej metody leczenia z powodzeniem.

Istotnie pepton okazał się lekiem niezgorszym. Spowodował zupełne wyzdrowienie w 22% (z 9 leczonych) przypadków, w 44% przyniósł dość znaczną, choć przejściową ulgę; niekiedy był zupełnie bezskuteczny (11%), lecz nigdy, przy ostrożnem stosowaniu, nie był szkodliwy.

Pamiętać jednak musimy o tem, że ideałem leczenia dychawicy oskrzelowej jest leczenie przy pomocy swoistego wywoływacza, o ile jego odnalezienie jest możliwe. W obecnym stanie wiedzy jest ono możliwe w znacznej części przypadków. Zatem nasze pracownie kliniczne winny zostać wyposażone w odpowiednie preparaty białkowe i przynajmniej w nich winno być możliwe wykonanie wszystkich odczynów skórnych, koniecznych do ścisłego rozpoznania wywoływacza, gdyż leczenie nieswoiste nie może zastąpić leczenia swoistego.

Dr. W. JANUSZ. Lwów.

Uwagi anatomiczne nad patogenezą ropni przy i okołonerkowych przy uwzględnieniu materjału sekcyjnego z Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza*)

Dyrektor Zakładu: prof. dr. W. Nowicki

Przypadki, które spostrzegałem klinicznie w szpitalu wojskowym w czasie wojny i przypadki kol. Wilenki i Kawieckiego oraz przypadki sekcyjne ropni przy i okołonerkowych, które zebrałem z protokołów sekcyjnych częściowo osobiście wykonanych w zakładzie lwowskim za przeciąg trzech lat ostatnich, nasunęły mi szereg uwag anatomicznych, opartych na piśmiennictwie zagranicznem a niedość jeszcze znanych dotąd w piśmiennictwie polskiem. Sprawa pochodzenia i powstawania ropni przy i okołonerkowych nie jest dziś jeszcze zupełnie jasna i dla tego jest ona też aktualną w piśmiennictwie lekarskiem doby obecnej.

Pod nazwą ropni przynerkowych, rozumiemy już od czasów Hippokratesa takie sprawy ropne, które toczą się w pulchnej tkance przynerkowej, obfitującej w tkankę tłuszczową. Rayer był pierwszy, który naukowo opracował i wyodrębnił sprawy ropne tkanki przynerkowej, nazywając je *abcès autour des reins ou périnephrite.* Dopiero szczegółowe badania anatomiczne pobudziły patologów do wprowadzenia podziału spraw zapalno-ropnych torebek i do wyróżnienia mianownictwa *paranephritis* i *perinephritis.* Najważniejsza zasługa w przeprowadzeniu tego podziału należy się Gerot'owi, który dowiódł istnienia powięzi nerkowej (fascia renalis), dzielącej tkankę tłuszczową przynerkową na dwie warstwy, jedną przylegającą bezpośrednio do otoczki właściwej nerki (capsula fibrosa) i drugą, leżącą poza wspomnianą powięzią. Tkanka tłuszczowa, leżąca bezpośrednio w pobliżu nerki, t. z. *capsula adiposa renalis,* jest nadzwyczaj wiotka, blado żółtawa, warstwa zaś leżąca na zewnątrz od powięzi tej t. z. *corpus adiposum pararenale* (tkanka tłuszczowa przynerkowa) jest bardziej oporna i posiada ciemniejsze zabarwienie. A zatem, mielibyśmy torebkę włóknistą, która otacza bezpośrednio nerkę, torebkę tłuszczową otaczającą również nerkę, następnie tkankę łączną, otaczającą nerkę, zwaną powięzią nerkową, i wreszcie na zewnątrz od tej powięzi znajdującą się tkankę przynerkową. Israel, opierając się na badaniach Gerot'a podał nowe mianownictwo spraw zapalno-ropnych tej okolicy. Według niego pod nazwą *perinephritis* należy rozumieć zapalenie samej otoczki właściwej nerki (capsula fibrosa s. propria renis), pod nazwą *epinephritis* — zapalenie torebki tłuszczowej nerki, pod nazwą zaś *paranephritis* — sprawy zapalno-ropne tkanki, leżącej na zewnątrz od powięzi nerkowej, czyli tkanki przynerkowej.

Rosyjski anatom Stromberg, opierając się na wynikach eksperymentu anatomicznego, metody polegającej na nastrzykiwaniu zwłok, zaleca z punktu widzenia patogenetycznego i przebiegu klinicznego ograniczenie pojęcia ropni przynerkowych, wydzielając z tej grupy przypadki *paracolitis,* które są w ścisłej łączności z wstępującą częścią jelita grubego, pozbawionego na tylnej powierzchni pokrycia otrzewnowego, oraz *retroperitonitis* czyli ropowica zaotrzewnowa (phlegmone retroperitoneale). Według niego tkanka zaotrzewnowa po obu stronach kręgosłupa podzielona jest od strony przepony w kierunku miednicy małej, a więc z góry na dół, oraz na przestrzeni pomiędzy otrzewną ścienną a powięzią wewnątrzbrzuszną (fascia endoabdominalis) od przodu ku tyłowi na trzy niezależne od siebie części zapomocą rozszczepiającej się blaszki powięzi zaotrzewnowej (fascia retoperitonealis) t. zw. fascia praerenalis rspt. praeureterica. Są to: 1 — *paracolon* 2 — *paranephron et paraureterium* i 3 — *textus cellulosus retroperitonealis.* Te obie powięzie, splatając się, zlewają się w okolicy pochewek naczyń większych (tętnica, żyła czcza, żyły nerkowe) i zamykają od strony wnęki nerki torebkę tłuszczową nerki (capsula renis externa), pozostawiając wolną komunikację tylko od dołu z tkanką przymoczowodową wzdłuż moczowodu.

Powyższy fakt podziału anatomicznego na trzy części upoważnia autora do wprowadzenia nowego mianownictwa, opartego na topografji szerzenia się spraw zapalno-ropnych tej okolicy. Sprawy zapalne kątnicy, wyrostka robaczkowego oraz części wstępującej i zstępującej jelita grubego mają powodować *paracolitis* i *paratyphlitis,* ropowice zaotrzewnowe zaś są w przyczynowym związku ze schorzeniami narządów miednicy małej i klatki piersiowej. Odgraniczenie się tych spraw zapalno-ropnych jest tylko przejściowe, boć przy dłuższem trwaniu sprawy chorobowej ropa przebija rozgraniczające warstwy powięzi i łatwo rozlewa się w całej okolicy zaotrzewnowej od przepony aż do miednicy małej (*abscessus cavi abdominis extraperitonealis dextri et sinistri*).

Szkoła prof. R. Węglowskiego w Moskwie specjalnie się zajmowała badaniami rozwojowemi okolic przynerkowej oraz jej anatomją topograficzną. Z pracowni jego wyszła obszerna praca Bylinkina-Kuźmina »O paranephritach«. Autor ten dowiódł, że torebki tłuszczowe nerki w różnych częściach posiadają niejednakową grubość i podzielone są licznemi pasmami tkanki łącznej, biegnącemi od torebki wła-

---

[1]) Praca *in extenso* ukaże się w »Polskiem Archiwum Med. Wewn. w najbliższym czasie.

*) Według wykładu wygłoszonego przez autora na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego dn. 7 [illegible]

ściwej aż do powięzi nerkowej, zapomocą których nerka utrzymuje się w ustalonem położeniu względem innych narządów. Cała nerka i otaczające ją torebki zawierają obfity układ naczyń chłonnych. Składa się on ze splotów naczyń i gruczołów chłonnych. Sieć tych naczyń jest w ścisłej łączności anatomicznej tak z układem chłonnym nerki, jakoteż z układem chłonnym pozanerkowym, który znowu komunikuje z naczyniami chłonnemi klatki piersiowej oraz miednicy. Naczynia chłonne obu nerek spotykają się ze sobą w linji środkowej ciała. Gruczoły chłonne w torebce tłuszczowej rozmieszczone są wzdłuż brzegu wewnętrznego i zewnętrznego, dalej w dolnym biegunie oraz w okolicy wnęki nerki.

Próby moje z nastrzykiwaniami zwłok noworodków w zupełności potwierdziły wyżej wymienione stosunki topograficzne, a jeden z preparatów był przedstawiony na wykładzie w Lw. Tow. Lek.

Złożona budowa nerki przedstawia filtr wydalający wszelkiego rodzaju czynniki chorobotwórcze ustroju ludzkiego i sprzyja łatwemu przedostawaniu się tych czynników drogą naczyń chłonnych do otaczającej tkanki tłuszczowej, ułatwiając tem samem powstawanie ropni przynerkowych.

Autorowie niemieccy (Franke i in.) dowiedli istnienia komunikacji naczyń chłonnych nerki prawej z wstępującą częścią jelita grubego, przypuszczając, że tą drogą powstaje zakażenie torebek nerkowych lasecznikami okrężnicy. Wykazanie tej komunikacji miało również wyjaśnić częstsze występowanie ropni przynerkowych po stronie prawej.

Anatomja patologiczna, od czasów Rayera wyróżnia w sprawach zapalnych torebek nerkowych sprawy ropne i łączno-tkankowe sklerotyczne. W ostatnich czasach wprowadzono podział: na 1) łącznotkankowo-zbite (sklerotyczne), 2) łącznotkankowo-tłuszczowe i 3) ropne. W pierwszym razie cała tkanka tłuszczowa przedstawia się jako zbita tkanka łączna, zgrubiała, układająca się warstwowo i ściśle zrośnięta z właściwą torebką nerki. W drugim razie stwierdza się na tle podrażnienia znaczny rozrost tkanki tłuszczowej dookoła nerki, która niekiedy dochodzi do 10—15 cm (Tuffier, Lejard, Godard, Israel) i może naśladować nowotwory w tej okolicy. Jako przykład znacznego rozrostu torebek tłuszczowych nerek, autor pokazywał w Lw. Tow. lek. w dniu wykładu swego, świeży preparat anatomiczny o grubości torebek do 10 cm, który udało mu się uzyskać na sekcji tego samego dnia w Lwowskim Zakładzie anatomji patologicznej. Wreszcie właściwe sprawy ropne, w których nerka dosłownie pływa w ropie. W miarę rozwoju sprawy ropnej ropa przedostaje się następowo do tkanki zaotrzewnowej. We wczesnych okresach spraw zapalno-ropnych można spostrzegać występowanie mnogich ropni odosobnionych i odgraniczających się od siebie blaszkami powięziowemi. Powyższy fakt jest, zdaniem mojem, rzeczą bardzo ważną dla operującego.

Niektórzy autorowie (Tuffier, Albaran, Israel) dzielą sprawy zapalne torebek przynerkowych na górne, dolne, tylne i przednie.

Körte opisuje przypadek zapalenia torebek nerkowych z czterema ropniami, pochodzącemi per continuitatem z ropni samej nerki. Samochocki podaje opis przypadku, w którym w dolnym biegunie nerki stwierdził jednego ropnia, a po stronie tylnej jeszcze dwa samotne ropnie. Ekchorr ogłasza przypadek, w którym w dolnym biegunie nerki rozwinęła się ziarnina i tkanka łączna, zawierająca liczne drobne ropnie, a nadto większy ropień podłużny, o wielkości i postaci palca.

Bogata kazuistyka przypadków ropni przynerkowych w piśmiennictwie lekarskiem, pozwala wnioskować, że sprawy ropne, łącznotkankowo-tłuszczowe mogą rozwijać się i usadawiać na całej przestrzeni torebek nerkowych.

Największą ilość zebranych przypadków ropni przynerkowych podaje Kuster — 230, inni autorowie opierają się na dziesiątkach przypadków. I tak Hazbecker podaje 32 przypadki, v. Herczel — 30 przypadków, Albrecht 6 przyp., Guiteras — 15, Vosbimasu — 9 przyp.

Nasz materjał za przeciąg $3^1/_2$ lat obejmuje 13 przypadków, co na ogólną ilość wykonanych sekcyj 3393 stanowi zaledwie 0,4%. Odsetek ten wykazuje, iż ropnie przynerkowe na stole sekcyjnym są sprawami rzadko stwierdzanemi. Zestawienie nasze przedstawia się następująco: w roku 1921 na 915 wykonanych sekcyj stwierdzono 2 przypadki ropni przynerkowych, w r. 1922 na 880 sekcyj — 4 przypadki, w r. 1923 — 5 przypadków i w połowie 1924 r. — 2 przypadki.

Co do płci, w naszych przypadkach wyraźnie przeważa płeć męska, 10 mężczyzn i 3 kobiety. W statystyce Mass'a mężczyźni także przeważają nad kobietami, tak na 22 przypadki ropni przynerkowych autor stwierdził je u 18 mężczyzn i zaledwie u 4 kobiet. Najbardziej usposabiającym wiekiem, według niego, jest okres życia pomiędzy 30 i 50 rokiem. Występowanie jednoczesnego obustronnego zapalenia torebek przynerkowych jest rzeczą nadzwyczaj rzadką. Według Kuster'a na 230 przypadków zapalenia torebki przynerkowej w 140 przypadkach spostrzegał u mężczyzn i tylko 68 u kobiet. Co do wieku, autor ten najczęściej spostrzegał przypadki zapalenia torebek przynerkowych w wieku pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. Umiejscowienie ropienia, według Kuster'a, nieco częściej występuje w nerce prawej, a mianowicie po stronie prawej autor spostrzegał 102 razy, po stronie lewej 93 i obustronne zajęcie w 2 przypadkach.

Występowanie ropni przynerkowych u dzieci jest rzeczą bardzo rzadką; Maas nie widział ani jednego przypadku poniżej 10-ciu lat. Opisy podobnych przypadków podaje Négre, który spostrzegał 4 podobne przypadki w przebiegu chorób zakaźnych, w których zanotowano oprócz tego uraz jako przyczynę. Townsed ogłasza 6 przypadków występowania tej sprawy w wieku dziecięcym. Melan podaje 12 przypadków tego samego schorzenia. Weber opisuje przypadek ropnia przynerkowego u oseska; Gibbney u 6-tygodniowego noworodka, Buscurlety u 20-to miesięcznego dziecka. W naszem zestawieniu jest 1 przypadek dotyczący półtorarocznego dziecka z wadą rozwojową o następującem rozpoznaniu anatomo-patologicznem: Fistula urachi, Stenosis congenita urethrae subs. hypertrophia musculari vesicae urinariae. Cystitis purulenta in putridam vertens dilatatio ureterum-pyonephrosis; destructio putrida urachi; abscessus saccatus subperitonealis paranephriticus. Bronchitis et bronchiolitis muco-purulenta; bronchopneumonia confluens lobi inf. pulm. d. et dispersa sin. Drugi przypadek młodociany dotyczy 13 l. chłopca z rozpoznaniem klinicznem: Enteritis. Na sekcji stwierdzono: Abcessus paranephriticus descendens. Bronchopneumonia pulmonis utriusque. Gastroduodeno-ileo-colitis chr. pigmentosa. Amyloidosis organorum. Trzeci przypadek dotyczy 16-letniego chłopca z klinicznem rozpoznaniem: Hydronephrosis propter urosepsim. Incarceratio calculi in uretero d. Rozpoznanie anatomo-patologiczne opiewa: Calculus magnit. ovi gallici in vesica urinaria. Cysto-uretero-pyelo-nephritis abscedens. Paranephritis purulenta d. Obliteratio cavi pleurae d. Pigmentatio folliculorum duodeni i t. d.

Z pozostałych przypadków naszych 4 należą do wieku od 40 do 64, a inne dotyczą osób w różnym wieku poniżej lat 40.

Sprawom etjologji ropni przynerkowych wiele miejsca poświęcił Morris Booth Miller, który opracował materjał obejmujący 36 przypadków. W mniejszej części przypadków za przyczynę schorzeń autor uważa różne schorzenia nerek (kamica, zapalenie miedniczek i nerki). W większej zaś części przypadków autor upatruje przeniesienie się zakażenia z pierwotnych ognisk innych narządów. Autor podnosi znaczenie naczyń chłonnych w przenoszeniu zakażenia, zwłaszcza z narządów moczopłciowych (moczowodów, pęcherza, stercza, jajników i macicy u kobiet), kilka przypadków bezpośredniego przejścia ropienia z sąsiednich narządów widział autor wśród swojego materjału, a więc bezpośrednio z ropni wątroby, śledziony, trzustki, wyrostka robaczkowego i t. d. Drogą naczyń krwionośnych zakażenie przyszło tylko w pojedynczych przypadkach w przebiegu duru brzusznego, grypy i czyraczności. Urazowi Morris Booth Miller przypisuje rolę drugorzędną w powstawaniu ropni przynerkowych. Cooenen wysuwa jako bardzo ważny czynnik powstawania spraw zapalnych wszelkiego rodzaju krwawienia do tkanki

przynerkowej, a które występować mogą w przebiegu zapalenia krwotocznego nerek, przy nowotworach, gruźlicy i krwawiączki. Tego rodzaju przypadki autor nazywa: *perinephritis haemorrhagica*. Bussenius i Ramstedt, wychodząc z etjologicznego punktu zapatrywania na ropnie przynerkowe, wyróżniają ropnie pochodzenia urazowego i przerzutowego. Rehn podkreśla znaczenie w etjologji tego schorzenia w szeregu spraw ropiejących, toczących się na obwodzie jak zastrzał, czyraczność, wszelkiego rodzaju wrzodziejąco-ropiejące sprawy skórne, a dalej zapalenie gardła, grypy, duru, ospy, rzeżączki, zapalenia otrzewnej i opłucnej. Według danych etologicznych wszystkie ogłoszone przypadki dałyby się podzielić na następujące grupy.

Do pierwszej grupy należą przypadki, w których etjologja pozostaje zupełnie nieznaną, to są przypadki t. zw. *paranephritis idiopathica*. Do drugiej należą takie przypadki, w których uraz, uderzenie, upadek, zbyt energiczne ruchy mięśniowe i wszelkiego rodzaju rany w okolicy lędźwiowej mają najważniejsze znaczenie. W tem miejscu godzi się wspomnieć o klasycznych doświadczeniach Albaran'a, który miażdżąc okolicę lędźwiową na drodze doświadczalnej wprowadzał królikom do naczyń krwionośnych ucha rozliczne drobnoustroje. W krótkim czasie po wykonanym tym zabiegu przyszło do powstania ropnia przynerkowego po stronie zmiażdżonej.

Do trzeciej grupy należą pierwotne schorzenia miąższu nerkowego z wtórnem wystąpieniem zapalenia w torebce przynerkowej, a do czwartej wreszcie należą — ropnie przerzutowe, powstałe na drodze krwionośnej lub chłonnej z obwodowych części ciała. Wreszcie dużą grupę stanowią ropnie przynerkowe, które powstają w przebiegu chorób zakaźnych, schorzeń przewodu pokarmowego i spraw poporodowych. Pojedyncze przypadki przypadają na gruźlicę, promienicę i kiłę.

Przypadki zapalenia torebek przynerkowych na tle gruźlicy szczegółowo opracował Tuffier, który z punktu widzenia anatomo-patologicznego wyróżnia trzy rodzaje tego schorzenia: 1) Lipomatyczno-włókniste (perinephrite fibrograisseuse), 2) grzybiaste (perinephrite fongueuse) i 3) w postaci ropnia zimnego (abcès froid). Zeller spostrzegał 21 przypadków ropowic torebek przy i około nerkowych pochodzenia gruźliczego, a wszystkie wychodziły z pierwotnej gruźlicy samej nerki, przedstawiającej obraz najczęściej jam gruźliczych. Israel wprowadza w sprawach gruźliczych torebek nerkowych podział na cztery postacie: 1) postać sklerotyczna (sclerotica), 2) ropna (suppurativa), 3) grzybiasta (fungosa) i 4) guzkowato-serowata (nodosa). Co do pierwszych dwóch postaci rzecz jest chyba ogólnie zrozumiałą. Trzecia, najrzadsza postać przedstawia proces wybujania ziarninowego, wychodzącego z miąższu nerkowego i drążącego w głąb torebek nerkowych. W czwartej postaci widzi się liczne ogniska serowate o różnej wielkości i postaci z tworzeniem się gruzełków. Delkeskamp na 7 przypadków ropnia przynerkowego w 4 przypadkach stwierdził gruźlicę, Guiteras na 15 przypadków tego schorzenia w 4 przypadkach miał gruźlicę. Legeue, opisując przypadki »perinephritis« po przebytym zabiegu operacyjnym na nerkach, zwraca uwagę, że wyłuszczenie nerki gruźliczej powoduje często zakażenie torebki okołonerkowej laseccznikami gruźlicy. Niejednokrotnie Legueu widział w preparatach mikroskopowych wśród zrazików tkanki tłuszczowej rozsiane gruzełki gruźlicze, co upoważnia go do zalecenia rozległego wycinania tkanki tłuszczowej w przebiegu wycinania nerek gruźliczych.

Pusson, omawiając patogenezę perinephritów, podnosi, że zgrubienia torebki okołonerkowej, zwłaszcza w okolicy wnęki nerkowej, powodują zaburzenia w ukrwieniu nerek, co wpływa w dalszym ciągu na sprawy toczące się w samej nerce (zapalenie miedniczek, kamica). Nie bez znaczenia jest ucisk na nerwy nerek, jakoteż na czynność moczowodów. Przechodząc do omówienia naszych przypadków, zajmiemy się najpierw wiekiem młodocianym; rozpoznanie anatomopatologiczne przypadków odnośnych podaliśmy już powyżej.

Pierwszy przypadek dotyczy chłopca półtorarocznego z wrodzoną powikłaną wadą rozwojową, która niezmiernie ułatwiała powstanie sprawy zapalno-ropnej. Zwężenie cewki sprzyjało zatrzymaniu się moczu w pęcherzu, a ten, rozkładając się, był doskonałem podłożem dla rozwoju drobnoustrojów najrozmaitszych. Zapalenie ropno-posokowate pęcherza spowodowało zakażenie drogą wstępującą samego miąższu nerkowego, skąd naczyniami krwionośnemi i chłonnemi nastąpiło wtórne zajęcie torebki przynerkowej. Rozpad posokowato zmienionej części obwodowej moczowodu wzmagał zakażenie torebki przynerkowej drogą naczyń chłonnych.

Przypadek ten zasługuje na wyróżnienie jako niezwykły a podobnego ze względu na patogenezę w bogatem piśmiennictwie kazuistycznem nie mogłem znaleść.

W drugim przypadku, dotyczącym 13-letniego chłopca klinicznie rozpoznano nieżyt jelit, na sekcji potwierdzono powyższe rozpoznanie kliniczne oraz stwierdzono rozległy ropień przynerkowy. Powstanie tego ropnia dałoby się wytłumaczyć przenikaniem zakażenia wzdłuż komunikacji chłonnej jelita wstępującego do nerki prawej. Przebicie ropy przez powięź biodrową (fascia iliaca) utorowało sobie drogę przez otwór kulszowy (foramen ischiadicum) w okolicę pośladkową.

W trzecim przypadku na tle kamienia pęcherza moczowego rozwinęło się zapalenie ropne całej górnej części narządu moczowego. Wystąpienie wtórne ropnia przynerkowego tylko po stronie prawej dałoby się wytłumaczyć podanem spostrzeżeniem klinicznem, opiewającem utkwienie kamienia w moczowodzie prawym, co musiało wpływać na poważniejsze obrażenia po tej stronie. Obrażenia te ułatwiły zakażenie torebek nerkowych tylko po jednej stronie. Z dalszych przypadków przytoczymy mężczyznę 20-letniego, u którego klinicznie rozpoznano ropniaka opłucnowego po stronie lewej.

Na sekcji stwierdzono, co następuje: *status post resectionem costae VII. Pleuritis chronica productiva parietalis et interstitialis exacerbans subs. atelectasi pulmonis sinistri. Pyothorax sin. Abscessus saccatus paranephriticus sin. in ren sin. progrediens. Perforatio peritonei. Tumor lienis septicus.*

Sądząc ze zgrubień opłucnej, niedodmy uciskowej płuca i jego marskości, należy przyjąć, że sprawa ropna klatki piersiowej była zmianą pierwotną i dłuższy czas trwającą. Liczne naczynia chłonne przepony przeniosły zakażenie na torebki nerkowe a następnie drogą naczyń powstał ograniczony ropień w korze nerkowej. Długotrwałe ropienie i posocznica były powodem śmierci w tym przypadku.

Piąty przypadek: mężczyzna 30-let. Rozpoznanie kliniczne: *Tuberculosis renis sin.*

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *status post nephrectomiam. Suppuratio in regione vulneris operationis. Abscessus saccatus paranephriticus sin. Peritonitis sero-fibrinosa diffusa. Pleuritis fibrinoso-purulenta sin.*

Przypadek ten zaliczyłbym do przypadków zwanych przez Legeue »les perinephrites consécutives á la nephrectomie«, a rozwijających się po wycięciu nerek, według tegoż autora z trzech powodów: 1) «les périnephrites par corps étranger«, w których, jak autor opisuje, powstał ropień przynerkowy po upływie 5 lat po wyłuszczeniu nerki, podczas której to operacji założono jedwabną podwiązkę. Zropienie jej powodowało zakażenie torebki przynerkowej. 2) »Les périnephrites par nephrectomie incomplète« — w których to przypadkach w ranie pozostawały resztki miedniczki nerkowej lub moczowodu. Pozostawianie resztek miąższu nerkowego ma znaczenie mniejsze, gdyż szybko ulegają one zanikowi. Spostrzeżenie kilku podobnych przypadków pouczyło go usuwać dokładnie resztki miedniczek aż do ureterectomia totalis. 3) »Les perinephrites par tuberculose«. W tych przypadkach torebka często bywa wciągnięta w sprawę swoistą. Nieraz gołem okiem nie jesteśmy w stanie spostrzedz gruzełków, a dopiero badanie drobnowidowe wykazuje, że także tkanka tłuszczowa została objęta sprawą chorobową. To też na tem tle przychodzi najczęściej przy wyłuszczaniu nerek gruźliczych do powstawania ropni. Nie wykluczonem więc jest, że w naszym przypadku genezę ropnia odnieść należy do wyłuszczenia nerki gruźliczej. Drogą wtórną na drodze naczyń chłonnych przepony przyszło do świeżego zakażenia jamy opłucnowej po tej samej stronie, po której wyłuszczono nerkę.

Szósty przypadek: Mężczyzna 46 lat: rozpoznania klinicznego niema. Sekcyjnie stwierdzono: *Cystitis diphterica. Pyelonephritis purulenta. Paranephritis sin. Perisplenitis. Tumor lienis septicus i t. d.*

Przypadek ten jest typowym dla uwidocznienia etapów stopniowego szerzenia się zakażenia wzdłuż narządu moczowego drogą wstępującą. Dyfterytyczne zapalenie pęcherza było zapewne sprawą pierwotną, z niego zakażenie drogą wstępującą zajęło miedniczki i nerki, powodując liczne małe ropnie kory nerkowej, bardzo dobrze widoczne na powierzchni podtorebkowej. Gęsta sieć splotów, łącząca naczynia nerki

z torebkami nerkowemi spowodowała powstanie ropnia. Śledziona, o której wyraża się jeden z anatomów, że jest zwierciadłem, w którem odbijają się wszystkie sprawy chorobowe, na stole zaś sekcyjnym jest tą latarnią morską, wskazującą drogę szerzenia się infekcji i w tym przypadku przedstawia obraz śledziony posocznicowej.

Siódmy przypadek: kobieta l. 32. Rozpoznanie kliniczne: *carcinoma colli uteri.* Nekroskopja wykazała: *Status post amputationem supravaginalem. Phlegmone paranephrum sin. Haemorrhagia sub et intraperitonealis i t. d.*

Badanie histologiczne trąbek okazuje zmiany pozapalne pod postacią zgrubień ścian bez charakteru nowotworowego. Badanie powyższe potwierdza, że sprawy zapalne w narządach rozrodczych musiały trwać czas już dłuższy. Rozpadający się nowotwór mógł być doskonałem podłożem dla rozwoju różnych drobnoustrojów, dając pochop do zakażenia wyższych odcinków tego narządu rozrodczego. Stąd zakażenie drogami naczyń chłonnych przeszło do torebek nerkowych, wywołując ich ropowicę. W ropie z tkanki przynerkowej stwierdzono obecność łańcuszkowców i ziarniaki Gramm dodatnie oraz odbarwiające się. Niemożność wykazania dwoinek rzeżączkowych we florze, pochodzącej z torebki przynerkowej, odsuwa myśl od tła etjologicznego, tak często spotykanego w narządach kobiecych.

Ósmy przypadek: mężczyzna l. 52. Na sekcji stwierdzono u niego: *Abscessus paranephriticus d. Nephritis parenchymatosa renum Enteritis pseudomembranacea colonis. Emphysema pulmonum. Bronchopneumonia confluens loborum inf. pulmonis utriusque i t. d.*

W tym przypadku podnieść należy dwie przyczyny, które mogły wpłynąć na powstanie ropnia przynerkowego. Samo zapalenie nerek oraz błonicze zapalenie jelita grubego. Bezpośrednie przejście zakażenia z miąższu nerkowego, a dalej zakażenie drogą naczyń chłonnych, łączących jelito grube z nerką, a wykazanych przez Frankego.

Dziewiąty przypadek: Kobieta l. 59. Rozpoznanie kliniczne: *Exsudatum pleuriticum haemorrhagicum lat. sin. Cystopyelitis haemorrh - purulenta.* Rozpoznanie anatomopatologiczne: *Pyelonephritis calculosa renis d. subs. ureteritide, cystitide. Paranephritis purulenta lateris d. exsudatum pleuriticum haemorrh. d. subs. atelectasi pulmonis d. Cholelithiasis i t. d.*

W tym przypadku również dwie przyczyny składać się mogą na powstanie ropnia przynerkowego. Kamica nerkowa dłuższy czas trwająca powodowała ścieńczenie zanikowe nerki i jej stany zapalne. Obecność kamicy w nerce wzmagała ciśnienie śródnerkowe i ułatwiała przedostanie się zakażenia drogami naczyń, powodując najpierw stan zapalny torebek nerkowych, a dalej ich ropienie. Wysięk w jamie opłucnowej o charakterze krwawym przemawia za sprawą zapalną, skąd zakażenie drogą naczyń chłonnych poprzez przeponę przedostawać się również mogło do torebek nerkowych.

Dziesiąty przypadek: Mężczyzna l. 61. Rozpoznanie kliniczne: *Hypertrophia prostatae. Cystitis. Urosepsis.* Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Status post sectionem altam propter resectionem partialem prostatae. Phlegmone praevesicale. Cystitis diphterica necroticans. Pyonephritis abscedens. Paranephritis apostematosa lateris d. Tumor lienis acutus i t. d.*

W tym przypadku zakażenie również mogło się posuwać dwoma drogami, bezpośrednio z nerki, na powierzchni podtorebkowej której stwierdziłem liczne drobne ropniaczki oraz z pęcherza moczowego i przestworza Retziusa (phlegmone praevesicale).

Z przytoczonych wyciągów protokołów sekcyjnych widzimy, że zakażenie we wszystkich przypadkach wystąpiło wtórnie albo przerzutowo. W trzech ostatnich naszych przypadkach nie udało się na sekcji stwierdzić żadnego ogniska zapalnego lub ropnego, co upoważnia nas do uważania ich za t. zw. samoistne ropnie przynerkowe (idiopathica).

Jedenasty przypadek: dotyczy kobiety l. 64 z rozpoznaniem klinicznem: *Sarcoma glandularum retroperitonealium.* Na sekcji stwierdzono co następuje: *Abscessus paranephriticus cryptogenes lateris sin. Progressio abscessus per lacunam musculorum in inguine sin. et reg. adductorium lateris eiusdem. i t. d.*

Brak zapalnego ogniska, stwierdzonego na sekcji, zmusza szukać przyczyny w samej nerce, która pomimo że nie wykazywała mikroskopowych zmian mogła, w myśl wysuniętego pojęcia o eliminacyjnym filtrze, wydzielać w obfitości czynniki chorobotwórcze, powodujące zakażenie torebek nerkowych. Ropienie, rozszerzając się mogło przebić fascia iliaca i posuwać się drogą szczegółowo opisaną przez Fr. Königa przez *lacuna musculorum* na kończynę dolną.

Dwunasty przypadek: Kobieta lat 42 z rozpoznaniem klinicznem: *Abscessus paranephriticus d.* Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Status post incisionem abscessus paranephriticus. Peritonitis sero-fibrinosa diffusa. Deg. parenchymatosa organorum abdominis. Tumor lienis septicus.*

Trzynasty przypadek: Mężczyzna l. 54. Rozpoznanie kliniczne: *Lymphogranulomatosis. Sepsis.* Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Abscessus paranephriticus sin per lacunam musculorum in regionem perinealem progrediens Intumescentia glandularum retroperitonealium. Amyloidosis hepatis, lienis. Bronchopneumonia lobi inferioris utriusque dispersa.*

W tym przypadku mężczyzna na progu starości zapadł na przewlekłe ropienie w tkance zaotrzewnowej niewytłómaczone o pochodzeniu, przechodzące aż do krocza. Na tem tle rozwinęła się skrobiawica śledziony, wątroby, która przy początkawem obustronnem zapaleniu płuc dostatecznie tłómaczy przyczynę śmierci.

Jak z przytoczonych krótkich wyciągów protokołów sekcyjnych widzimy, sprawa zapalna okolicy przynerkowej występowała we wszystkich przypadkach tylko po jednej stronie, t. j. 6 razy po stronie prawej i 7 razy po stronie lewej; nigdy zaś obustronnie. We wszystkich naszych przypadkach stwierdziliśmy samotne ropnie, które w okresach późniejszych choroby mogły łatwo powstać z ropni mnogich wskutek ich zlania się z biegiem czasu w jeden ropień.

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego wszystkie nasze przypadki odnoszą się do grupy ropnej; dwie inne postacie nie były u nas notowane, prócz ostatniego przypadku, pokazywanego na wykładzie w Lwowskiem Tow. Lek. a nie objętego przez powyższe zestawienie.

Droga naczyniowa w naszych przypadkach była najczęstszym sposobem powstawania zakażenia; świadczy o tem, całość zmian anatomicznych, stwierdzonych sekcyjnie. W 3-ch przypadkach ropni samoistnych pojęcie nerki, jako filtra eliminacyjnego byłoby jedynem wytłómaczeniem ich pochodzenia wobec zupełnego braku jakichkolwiek zmian chorobowych, mogących współdziałać w powstawaniu ropni przynerkowych.

Z chwilą, gdy zabieg operacyjny nie został w odpowiednim czasie dokonanym, ropa toruje sobie drogę na otoczenie. Istniejących otworów anatomicznych dla odpływu ropy ustrój nasz nie posiada: ropa zwykle przebija miejsca najbardziej podatne, które są jakgdyby miejscami usposobionemi, a więc w trójkącie Petita i z rhombus lumbalis — w okolicy lędźwiowej, pierścienie brzuszne, pachwinowe i udowe (annuli abdominales inguinalis et femoralis [septum Cloqueti]) w pachwinie, otwór lędźwiowo-żebrowy (hiatus lumbo-costalis) w przeponie. Najniebezpieczniejszem przebiciem jest przedostanie się ropy przez fascia endoabdominalis do jamy brzusznej, albo do jam opłucnowych. Niekiedy ropa dostaje się do dróg moczowych i wypływa z moczem, dalej do przewodu pokarmowego, zwłaszcza jelita grubego. W razie przebicia w miejscu trójkąta Petita ropa po drodze natrafia na pulchną tkankę tłuszczową lędźwiowopośladkową (massam adiposam lumboglutaealem Charpy) i powoduje często rozległe podminowanie skórne.

Wspomniany fakt podziału anatomicznego tkanki zaotrzewnowej na trzy niezależne części oraz bogata kazuistyka ogłoszonych przypadków w piśmiennictwie lekarskiem pozwala przeprowadzić podział spraw zapalno-ropnych tej okolicy na trzy grupy: 1) zapalenie tkanki przykiszkowej (paracolitis resp. paratyphlitis) 2) zapalenie właściwej tkanki zaotrzewnowej (retroperitonitis s. phlegmone retroperitoneale) i 3) zapalenie tkanki przynerkowej (paranephritis resp. perinephritis).

Nakreślenie sposobów powstawania i dróg szerzenia zmusza zwrócić baczną uwagę na samą nerkę, która w ustroju naszym jest narządem filtrującym wszelkiego rodzaju czynniki chorobotwórcze.

Na podstawie zatem powyższych danych należy stwierdzić, iż obecny stan wiadomości naszych o anatomicznem szerzeniu się spraw zapalno-ropnych okolicy lędźwiowej wymaga tak z punktu widzenia klinicznego, jakoteż ze stanowiska leczniczego ścisłego rozpoznawania co do usadowienia się sprawy zapalno-ropnej. Od niego bowiem zależy dalszy przebieg choroby względnie zmiany anatomiczne.

Ścisłe rozpoznawanie tych spraw pozwoli klinicyście pewniej rokować, niż to dzieje się obecnie.

Piśmiennictwo.

1) A. Drzewina: O tkance limfatycznej w nerce niektórych ryb. Kosmos 1904. Zeszyt XI—XII. — 2) Dr. Dziembowski: Uwagi nad rozpoznaniem ropnia podprzeponowego. Nowiny Lekarskie r. 1905. Zeszyt 8. — 3) B. Motz: O gruźlicy nerek. Gaz. Lek. Nr. 48 i 49 r. 1898. — 4) Kosiński: Pyelonephrosis calculosa. Pam. Tow. Lek. Warsz. Zeszyt II. 1897. — 5) Majewski: Zapalenie kątnicy i okołokątnicza, ropnie wątroby, ropień podprzeponowy. Kronika lek. str. 1198 r. 1899. — 6) Sołowiejczyk: Topografja nerek, nadnerczy, naczyń nerkowych i tkanki okołonerkowej. Warszawa 1898 wys. — 7) Obłutowicz: Rzadki przypadek ropienia nerki prawej z następowem przebiciem ropnia w okolicy lędźwiowej prawej. Przegl. lek. Nr. 42, 43 r. 1887. — 8) Rayer: Traité des maladies des reins. Tome troisième 1841. — 9) Küster: Die chirurgischen Krankheiten der Nieren. Deutsche Chirurgie Lief 526 1 Hälfte. 10) Hippokrates: Liber de internis affectionibus według Küster'a p. 453. — 12) Israel: Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Berlin. A. Hirschwald. — 13) Gerota: Beiträge z. Kentnis des Befestigungsapparates der Niere Arch. f. An. u. Physiol. 1895. — 14) Tuffier: La capsule adipeuse du rein au point de vue chirurgicale. Revue de chirurgie 1890. — 15) Charpy: Le corssinet graisseux lombo-fessier. Bibliographie anatomique publié sous direct. de M. Nicolas. Paris-Nancy. 1907. — 16) Abbarzan: Medicine operatoire de voies urinaires. Anatomie normale et anatomie pathologique chirurgicale. Paris 1909. — 17) Legeue: Des périnephrites consecutives á la nephrectomie. Revue de chirurgie. Nr. 1. 1909. — 18) Szczegółowe piśmiennictwo zebrane jest w pracy Bylinkina-Kuźmina: O paranephritach Moskwa. — 19) Stromberg: Anatomo-kliniczeskoje izsledowanje zabrjuszinnoj klietczatki. Petersburg. — Jaworski: Uwagi wstępne o chorobach kątnicy. Przegl. lek. Nr. 1. 1905. — Wuskiewicz M.: Przypadek ropnego zapalenia tkanki okołonerkowej z przebiciem do miedniczki. Gaz. lek. 1892.

Dr. A. NIEPIELSKI. Dąbrowa Górnicza

Barwna próba z błękitem metylenowym na obecność tlenku węgla w krwi.

Tymczasowe doniesienie.

Podając poniżej opisaną próbę Sz. Kolegom do wiadomości, upraszam o przerobienie jej, gdyż przypuszczam, iż wypadnie ona dodatnio w tych wszystkich przypadkach, w których mamy do czynienia z tak zwaną krwią »żywoczerwoną«, a więc przy zatruciach alkoholem, benzyną, sinkami i u zmarzniętych. W tym kierunku próby mej nie przerabiałem, nie mając do rozporządzenia odpowiedniego materjału. O ile próba wypadnie dodatnio w przypadkach wymienionych, a nie jedynie przy obecności CO, to może mieć pewne znaczenie orjentacyjne przy swej prostocie i łatwości wykonania.

Wykonanie próby jest następujące:

zaprawiam 20 cm wody dest. odmierzonej do próbówki 12 kroplami wodnego roztworu błękitu metylenowego 0,2‰, a po zmieszaniu dodaję 1—3 kropli krwi badanej. W razie obecności CO, roztwór, po zmięszaniu, barwi się brudno-fioletowo, w przeciwnym zaś razie zielono.

Dla porównania barw dobrze wykonać jednocześnie próbę w tenże sposób z krwią wolną od CO (własną).

Ponieważ zabarwienia różne są wynikiem mieszaniny barw, niebieskiej od błękitu metylenowego i żółtej, jaką daje krew normalna rozcieńczona, to znów wiśniowej jaką daje krew z CO, sądzić należy, iż próba ta wypadnie dodatnią wogóle wobec t. zw. krwi »żywo-czerwonej«.

Dr. W. PODSOŃSKI, lekarz szkolny główny. Lwów.

Lekarze szkolni szkół ludowych powszechnych miasta Lwowa.

Instytucja lekarzy szkolnych istniejąca na Zachodzie prawie od lat 30, została wprowadzona we Lwowie po raz pierwszy w życie przez Rząd polski w roku 1921, początkowo tylko dla gimnazjów tak, że jeden lekarz obsługiwał 3 gimnazja.

W szkołach ludowych były w roku 1921 tylko higjenistki. W roku 1922 zamianowany został lekarz szkolny główny, który zajął się organizacją tej tak ważnej służby sanitarnej.

Oprócz lekarza szkolnego głównego pracował 1 lekarz szkolny, jedna lekarka i okulista.

Higjenistek było 14. Rekrutują się one z uczennic Seminarjum względnie uczennic, które ukończyły 8-mą klasę i które odbyły specjalny kurs dla higjenistek. Świeżego narybku niema i w razie zachorowania lub ustąpienia higjenistki daje się odczuwać brak tejże. Propozycje lekarza głównego, by szkoła wychowywała praktycznie pod kierunkiem lekarza głównego na przyszłość materjał na higjenistki nie zostały przyjęte przez Kuratorjum.

Szkół ludowych do obsłużenia jest 43.

Rada Szkolna miejska rozdzieliła lekarzy w ten sposób, by w każdej szkole był lekarz przynajmniej raz na 2 tygodnie, by w ten sposób utrzymać kontakt ze szkołą i wpływ na higjenistkę, która potrzebuje wyszkolenia. Przydzielono więc każdemu lekarzowi po 12 szkół a lekarz szkolny główny zatrzymał dla siebie 19 szkół. Lekarze szkolni są obowiązani do 2½ godzin pracy dziennie.

Regulamin dla lekarzy szkolnych i higjenistek został przedyskutowany na zbiorowych posiedzeniach delegatów Kuratorjum, Rady szkolnej miejskiej i lekarzy szkolnych i w formie przedstawionej przyjęty jako obowiązujący przez Kuratorjum.

Z powodu braku uposażenia lekarze nie mieli do dyspozycji ani wagi, ani silomierzy, badano dzieci klinicznie, instrumentami, które lekarz ze sobą przynosił, mierzono wzrost i klatkę piersiową, badano wzrok, słuch i uwagi lekarskie jakoteż spostrzeżenia higjenistek co do czystości notowano na listach zdrowia zbiorowych klasowych. Dla każdego ucznia nie można było prowadzić listy zdrowia osobno z braku druków i funduszów na ten cel.

O wyniku badania, zwłaszcza, gdy lekarz zauważył coś chorobliwego, zawiadamiał lekarz już to pisemnie, już też ustnie przez higjenistkę, opiekę domową ucznia, udzielając dokładnych wskazówek co do choroby, ewentualnego leczenia, żywienia, przewietrzania mieszkania, spacerów i ruchu wzgl. spoczynku na świeżem powietrzu.

O stanie zdrowia dzieci zbadanych zawiadamiał lekarz po swej bytności dyrekcję szkoły, gospodarza klasy wzgl. nauczyciela gimnastyki oprócz wspomnianej opieki domowej. Zawiadamianie to odbywało się zazwyczaj za pośrednictwem higjenistki.

Higjenistki, odwiedzając często dzieci w domu znają dokładnie warunki życia domowego uczniów i jest to zilustrowane w miesięcznych sprawozdaniach czynności higjenistek.

Tutaj znowu dawał się przykro odczuwać brak drukowanych zawiadomień; lekarz wiele czasu tracił na pisanie kartek do opieki domowej o treści prawie identycznej, bo choroby takie, jak anemja, obrzęk gruczołów pojawiają się u bardzo wielu dzieci a tem samem i zawiadomienia bywają tej samej lub podobnej treści.

Higjenistki zawiadamiały dyrekcje i opiekę domową także co do stanu czystości dzieci.

Dziatwę brudną względnie zawszoną upominano, zawiadamiano opiekę, pouczając w jaki sposób pozbyć się wszawicy, a w najgorszym razie wykluczała dyrekcja dziecko ze szkoły na dni kilka aż do odczyszczenia.

Higjenistka prowadziła protokół swych czynności codziennych, który lekarz kontrolował.

Lekarz wpisywał do protokołu swą obecność w szkole. Na podstawie tych protokołów sporządzały higjenistki sprawozdania miesięczne swych czynności.

Kilkakrotnie w roku odbywały się zebrania lekarzy i higjenistek, na których omawiano sprawy bieżące.

Lekarze i higjenistki prowadzili z uczniami pogadanki z zakresu higjeny życia codziennego, higjenistki przysłuchiwały się pogadankom lekarzy i następnie pracowały same na temat już dobrze znany.

Lekarze brali bardzo rzadko udział w radach pedagogicznych szkoły z powodu przydziału za wielu szkół; lekarz główny brał udział w posiedzeniach Rady szkolnej miejskiej jako członek i referent sanitarny.

Referat wyczerpujący o brakach szkół przeczytany na posiedzeniu Rady szkolnej miejskiej i przedłożony Kuratorjum został przez Radę szkolną miejską skierowany do Wydziału wykonawczego Rady szkolnej miejskiej celem usunięcia braków. Wydział wykonawczy jednak dotychczas nie zo-

stał zwołany mimo, że na posiedzeniach Rady szk. m. lekarz główny przypominał o tem.

Higjenistki w zastępstwie lekarzy brały udział w konferencjach rodzicielskich, udzielając z list zdrowia wyjaśnień i wskazówek opiece domowej w przypadkach mniej ważnych i pilnych, bo w ważnych przypadkach zawiadamiano opiekę zaraz.

Braków w szkołach ludowych lwowskich jest bardzo wiele, nie będę ich wyliczał, wspomnę tylko o niektórych, by unaocznić, jak obszerne pole działania ma lekarz szkolny, którego obowiązkiem jest także dbać o budynek szkolny i potrzeby rzeczowe szkoły.

Brak opału a względnie nieporządne dostarczanie opału do szkół uniemożliwiały całymi tygodniami badanie dzieci, bo przecież trudno dzieci rozbierać i badać w pokoju zimnym.

Szkoły lwowskie, pięknie na zewnątrz się przedstawiające wykazują wiele braków, które zostały podniesione w referacie lekarza głównego do Rady szkolnej miejskiej i które co roku zostają podawane do wiadomości Kuratorjum w sprawozdaniu rocznem.

Z rażących zaniedbań podnoszę n. p. to, że prawie wszystkie szkoły przez lat 10, t. j. od roku 1914 nie były wcale bielone lecz tylko licho podbielane do wysokości 2-ch metrów!

Tylko szkoła Lenartowicza i Antoniego mają łazienki w użyciu i to z braku opału tylko w niektórych miesiącach a w 3 szkołach, gdzie są łazienki z przed wojny nie zadano sobie trudu, by małą kwotą je naprawić i oddać do użytku!

Pokoju do badań dziatwy w bardzo wielu szkołach niema; używa się do tego celu pokoju, gdzie się udziela religji lub pokoju konferencyjnego lub, jak n. p. w szkole Issakowicza — przedpokoju do innej klasy.

W żadnej szkole niema urządzonego pokoju do badań dziatwy. Miasto Lwów niedba o takie sprawy.

Praca lekarzy i higjenistek była ofiarną i owocną, mimo braków, z którymi musiano walczyć na każdym kroku.

Kilka cyfr i szczegółów podanych z roku 1923/24 zilustrują działalność lekarzy szkolnych.

Choroby zakaźne, jak *trichophytia,* która, zawleczona, z zakładów miejskich, wybuchła w szkole im. Sienkiewicza i Magdaleny wcześnie zauważona przez lekarzy szkolnych i leczona Röntgenem w Szpitalu żydowskim została szybko wytępiona.

Podobnie było z jaglicą w szkole ż. Issakowicza, która została tam zawleczona z zakładu miejskiego.

Liczba dzieci uczęszczających do szkoły wynosi 19.013. Brudnych jest 36%, zawszonych 28%. U dziewczynek są zawszone włosy, u chłopców przeważnie odzież, trafiły się nawet w kilku wypadkach wszy w rzęsach.

Z pomiędzy dzieci przebadanych przez lekarzy jest zdrowych 62%, chorowitych 38%.

Lekarze zbadali w ciągu roku 4.976 dzieci, higjenistki oglądnęły 39·529 razy, t. j. niektóre dzieci były kilkakrotnie oglądane.

Higjenistki zrobiły wizyt w domu u dzieci 1252. Pogadanek higjenicznych było 412.

Rada szkolna miejska nawiązała kontakt z Towarzystwem dla zwalczania gruźlicy i tam leczyła swe chore dzieci.

Higjenistki zostały powiadomione o Towarzystwach dobroczynności, które mają miasto podzielone na sekcje — by wiedziały w jakich przypadkach i do kogo mają się zwrócić. Wiele dzieci żyje w warunkach bardzo nędznych, jak o tem świadczą miesięczne sprawozdania higjenistek przedkładane za pośrednictwem Rady szkolnej miejskiej Kuratorjum lwowskiemu. Wyczytać tam można bardzo smutne historje rodzin.

W szkołach wszystkich są sekcje Czerwonego Krzyża dla młodzieży, niektóre z nich rozwinęły bardzo dodatnią działalność propagandy czystości, sprawiając mydło, ręczniki, miednice, maszynki do włosów. Niektóre Koła zakupywały środki lecznicze a nawet niektóre wysyłały dzieci na świeże powietrze.

Z końcem roku szkolnego 1924 zostało otwarte przez Kuratorjum przy pomocy Czerwonego Krzyża ambulatorjum dla leczenia chorób zębów a jest w toku otwarcie ambulatorjum dla chorych przychodnich dla chorób wewnętrznych.

Okulista pracował dotychczas dla braku pomieszczenia w szkołach mu wyznaczonych, badając wszystkie dzieci, obecnie będzie miał już urządzone ambulatorjum, dokąd lekarze szkolni posyłać będą tylko dzieci chore na oczy lub potrzebujące badania specjalnego.

Liczba lekarzy szkolnych jest za mała, bo bytność dwurazowa w miesiącu w jednej szkole jest za mała a to tem bardziej, że jeszcze wiele dni z tego odpada z powodu świąt lub innych powodów. Lekarz nie może znać dzieci i tylko w małych szkołach może zbadać raz na rok. Nawet według regulaminu jest obowiązany badać klasy 1—3—5—7—9 tak, że w najlepszym razie przychodzi dziecko do badania raz na 2 lata.

Lekarz szkolny ma także bardzo mało czasu na odwiedzanie i kontrolę dzieci w czasie nauki w klasach, przy pisaniu, rysowaniu, śpiewie, robotach ręcznych, gimnastyce.

Zauważa się wiele dzieci anemicznych, z powiększonymi gruczołami limfatycznymi, które wymagają ciągłej opieki a to tem bardziej, że opieka domowa mało uświadomiona i niedbała nie zdaje sobie nawet sprawy, że dziecko jest chore i potrzebuje opieki i leczenia.

U dziewcząt znalazłem wiele z powiększonemi gruczołami tarczykowymi. W tych szkołach powinien być lekarz szkolny szczególnie często, by dokładnie zapoznać się z materjałem. Obserwacja zachowania się gruczołów tarczykowych w czasie regularności mogłaby dać interesujące rezultaty.

Leczenie tych dzieci jodem tak, jak to się praktykuje w Danji, byłoby wskazanem.

Dla leczenia skrzywień kręgosłupa w stadjach początkowych należałoby utworzyć specjalne oddziały gimnastyczne kierowane przez nauczycieli gimnastyki pod kierownictwem lekarza ortopedysty.

Do zrobienia jest na tem polu bardzo wiele.

Stosunek dzieci do lekarzy i higjenistek jest bardzo dobry, dzieci zwracają się z zaufaniem do nich.

Stosunek lekarzy i higjenistek do gron i dyrekcji jest z bardzo małymi wyjątkami oparty na wzajemnym szacunku i zaufaniu, bez zarzutu.

Wprowadzenie tej instytucji u nas zawdzięczamy Państwu Polskiemu a rozbudowa i wykonanie w szczegółach zależy tylko od społeczeństwa i świadczyć będzie o żywotności tegoż.

Dr. Władysław TOBIASZEK. Lwów.

Przypadek przedostawania się glisty ludzkiej do żyły wrotnej i śledzionowej.

Z Zakładu Anatomji patologicznej Uniwersytetu J. Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. dr. W. Nowicki.

Schorzenia na tle glist przewodu pokarmowego i innych narządów od długiego czasu budziły zainteresowanie anatomo patologów i chirurgów. Jedni i drudzy niejednokrotnie byli zaskoczeni obecnością tych pasożytów w miejscach, gdzie ich najmniej można się było spodziewać. Przytoczę dla przykładu przypadek opisany przez Lukscha, w którym glisty spowodowały zatory w tętnicy płucnej po ranie postrzałowej żołądka i żyły czczej dolnej, dalej przypadek Miyake'a, w którym w wielkim ropniu powłok brzusznych znaleziono około 30 glist, w dwa lata po wykonaniu gastro-enterostomji. Wspomniany Miyake słusznie zauważył, że glisty posiadają szczególne zamiłowanie wślizgiwania się i wklinowywania w różne zaułki, wąskie otwory i kanały, a więc przedewszystkiem w przewody gruczołowe, w wyrostek robaczkowy oraz w przetoki.

Wciśnięcie się do przewodu żółciowego wspólnego było nieraz przyczyną zabiegu chirurgicznego, a przypadki te były rozpoznawane klinicznie jako kamica żółciowa (Hinterstoisser, Rosenthal, Schlössmann, Franke i inni). Wogóle opisano najwięcej przypadków dostania się glist do dróg

żółciowych (Laennec, Forget, Lebert, Saltykow, Saar, Ebstein, Miyake, Nowicki, Landgraf, Schlössmann i inni). Jak daleko glista w wąski zresztą kanał wedrzeć się może, o tem poucza przypadek Nowickiego, w którym glista dotarła nawet do małych przewodów żółciowych prawie pod błonę surowiczą, zwolna ją rozszerzając. Wciśnięcie się glist w wyrostek robaczkowy opisują Castellani, Schlössmann (3 przypadki) i inni, w przewód Wirsunga Seyfarth.

Charakterystycznem jest też, jak chętnie przebijają glisty tkanki ropiejące, przedostając się w ten sposób do sąsiednich organów. I tak w przypadku Leona glista przedostała się przez zropiały gruczoł do oskrzela, powodując w ten sposób śmierć z uduszenia. Podobny przypadek, wpełznięcia w przetokę, przebicia zserowaciałego gruczołu i przedostania się do oskrzeli opisuje Schneller. Lobstein stwierdził pasożyty te w płucach po przebiciu ich drogą ropni przez przeponę. Prawdopodobnie tą własnością tłumaczyć należy znajdywanie ich w narządach sąsiednich lub nawet odległych po sprawach ropnych w jamie brzusznej, szczególnie po zapaleniu wyrostka robaczkowego. W przypadku Sehrta szczątki glisty w otorbionym ropniu sieci w 2 miesiące po ostrym ataku *epityphlitis:* Schlössmann przytacza przypadek przewędrowania glisty przez przetokę powłok po zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Pozatem szereg autorów (Sehrt, Moesch, Rheindorf, Freudenthal) przypisuje, jak wiadomo, glistom ważną rolę w powstawaniu zapalenia wyrostka robaczkowego.

Przypadek nasz dotyczy mężczyzny 25-letniego, operowanego w tutejszym Szpitalu powszechnym z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W dwa tygodnie po operacji wytworzyła się w okolicy kątnicy samoistna przetoka kałowa a wkrótce potem pojawiły się objawy ropnia wątroby. Mimo zabiegu chirurgicznego sprawa postępowała, doprowadzając po 6 tygodniach do zejścia śmiertelnego.

Sekcja wykazała przedewszystkiem zmiany w zakresie narządów jamy brzusznej, a mianowicie:

Pętla jelita biodrowego była ściśle przyrośnięta do powłok brzusznych ze światem zewnętrznym w miejscu przejścia w kątnicę. Rana w miejscu wycięcia wyrostka robaczkowego ma brzegi martwicze. Otrzewna ścienna i jelitowa pokryta była włóknikiem Śledziona była nieco powiększona, blada, wiotka i krucha. Wątroba, a zwłaszcza płat jej prawy, był znacznie powiększony, na jej powierzchni żebrowej stwierdzono ranę z tkwiącym w niej setonem. Przez torebkę wątroby przeświecały mnogie ogniska żółtawe wielkości główki od szpilki. Na przekroju były liczne białawe ropnie dochodzące wielkości orzecha tureckiego, o postaci listka koniczyny, tu i ówdzie zlewające się w większe ogniska.

Główny pień żyły wrotnej wypełniony był dość świeżym czerwonym zakrzepem, poniżej w miejscu wejścia żyły krezkowej i w samej żyle krezkowej tkwił zakrzep ropnie rozmiękający, zajmujący także najdrobniejsze gałązki żylne, idące od jelit. W główce trzustki stwierdzono ropień wielkości orzecha tureckiego, który komunikuje z żyłą krezkową tuż przy miejscu jej wejścia do żyły wrotnej. W samej żyle wrotnej znaleziono kilkanaście cm długą glistę ludzką, która jednym końcem wchodziła niemal w wątrobę, drugą swą częścią leżała w żyle śledzionowej na przestrzeni około 6 cm w głąb. Część glisty, leżąca w żyle śledzionowej, była otoczona, jakby pochwą, przez warstwę zbitego, różowo-żółtawego zakrzepu, widocznie na samej gliście utworzonego.

Pozatem jelita i żołądek zmian widocznych nie okazywały.

Rozpatrując wynik sekcji musimy stwierdzić, iż w związku z ropnem zapaleniem wyrostka robaczkowego rozwinęło się w opisanym przypadku ropne zakrzepowe zapalenie żyły krezkowej i wrotnej, a w następstwie ropienie w wątrobie. Z żyły krezkowej ropienie przeszło na otoczenie, wywołując ropień w główce trzustki. Otóż glista, prześlizgnąwszy się przez szeroki w naszym przypadku przewód Wirsungiana, dostała się do miejsca ropiejącego w główce trzustki, a, przebiwszy je i ścianę żyły krezkowej, dostała się do żyły wrotnej.

Twardy, zbity zakrzep w żyle śledzionowej dowodzi, iż nie pierwotnie glista wtargnęła i wywołała sprawę ropną gdyż w tym przypadku w żyle śledzionowej zakrzep musiałby rozmiękać, w żyle krezkowej zaś, a przedewszystkiem w drobnych jej gałązkach jelitowych, nie byłoby przyczyny do ropnych zakrzepów.

Jest to więc jeszcze jeden przypadek stwierdzający, że glisty tylko następczo do ropni się wdzierają, niejako hemotaktycznie przez nie przyciągane, co wraz ze skłonnością, jak wspomnieliśmy, wciskania się glist w wąskie przejścia niejednokrotnie powoduje najdziwniejsze obrazy anatomiczne.

Z praktyki.

Władysław FUCHS. Lwów.

O najnowszych badaniach lekarskich w dziedzinie wychowania fizycznego i sportów*).

Jeśli rozejrzymy się w stosunku teraźniejszego świata lekarskiego do kwestji wychowania fizycznego i sportów, to musi nas uderzyć niestosunek, zachodzący między potrzebą opieki i rady lekarskiej dla tegoż świata i jego wychowanków, a znikomą wprost w Polsce ilością lekarzy, mogących zabierać głos w tej sprawie. Cały ten dział medycyny zapobiegawczej, tak ogromnie ważny dla zdrowia narodu, leży zupełnie odłogiem. Jest to tem dziwniejsze, że wcale znacznym w ostatnich czasach wysiłkom opanowania ostrych chorób zakaźnych, zwalczania alkoholizmu wśród młodzieży i powstrzymania szerzenia się chorób wenerycznych, wysiłkom, pochłaniającym duży zasób ludzi, sił i pieniędzy, nie towarzyszy zupełnie wybitniejszy wysiłek dla rozszerzenia należycie prowadzonego i kontrolowanego sportu w najszersze warstwy narodu. A przecież należy uzmysłowić sobie, że gruźlica zabiera u nas rocznie więcej ofiar niż wszystkie inne choroby zakaźne razem wzięte**); osiągnięcie więc tu nawet niezbyt dużego zmniejszenia chorobliwości ma olbrzymie znaczenie praktyczne. Gdy zaś dodamy do możliwych do osiągnięcia w walce z gruźlicą wyników ogromny wpływ rozwoju sportów na powstrzymanie alkoholizmu i szerzenia się chorób wenerycznych, to tem więcej uderzyć nas powinna anomalia upuszczenia i zachwaszczenia właśnie tego pola, na którem najwięcej i najpiękniejsze zbierać możnaby owoce. W znacznym stopniu winę ponosi tu niechęć do zajmowania się tem, w czem niestety tak mało jesteśmy biegli. Jeśli znamy nieźle nawet niektóre sprawy chorobowe i ich przebieg u człowieka, to mniej już znamy człowieka zdrowego w spoczynku, a zupełnie go prawie nie znamy w czasie wytężającej pracy fizycznej.

Przejrzawszy prace lat ostatnich na tem polu, musimy dojść do przekonania, że stoimy prawdopodobnie u progu nowego i wspaniałego rozwoju nauki o fizjologji i patologji organizmu ludzkiego w czasie wysiłku fizycznego. Mimo tego jednak, czy to pod względem teoretycznym czy czysto praktycznym, nie osiągnęliśmy jeszcze stanu medycyny z przed 2000 lat. Chirurg niemiecki Bier, rektor Akademji dla ćwiczeń cielesnych w Berlinie, w mowie swej inauguracyjnej na otwarciu tej uczelni, podniósł ogromną wiedzę Greków w tym dziale. 2000 lat temu uprawiali Grecy nie gimnastykę (w dzisiejszem tego słowa znaczeniu), a kulturę nagiego ciała, głównie w formie tego, co my dziś zwiemy lekką i ciężką atletyką. Stanowisko pogardzane dzisiejszego ciemnego analfabety zajmował u Greków ten, kto »ni bić się ni pływać ni czytać lub pisać nie umiał«; dla pohańbienia pojmanych Persów zdzierano ich szaty i drwiono z ich białej nieopalonej skóry. Solon i Likurg robili »gymnasion« greckie podstawą ogólnego wychowania; Platon i Arystoteles podwaliną kształcenia i kultury, sztuki piękne szukały tu i znajdywały swe najpiękniejsze, do dziś dnia prawie niedościgłe, wzory. Pindar opiewał atletów, a miasta i kraje czciły atletów swych na równi z największymi mę

*) Wedle odczytu, wygłoszonego w lwowskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 11. V. 1924.

**) W Małopolsce, w latach 1900—1910 zmarło na gruźlicę 247.020 osób; o 67,875 więc więcej niż na tyfus plamisty, brzuszny, czerwonkę, ospę, dyfterję, szkarlatynę, razem wzię...

żami i bohaterami. Hippokrates i inni za część lepszą i ważniejszą swej wiedzy lekarskiej tę uważali, która do ćwiczeń cielesnych się odnosiła. »PIĘKNY i DOBRY« te słowa przyświecały jako wzór do osiągnięcia. Może najlepiej uzmysłowi nam, jak daleko my dziś za Grekami stoimy, porównanie klasycznego pięcioboju greckiego — pentatlonu — z nowoczesnymi ćwiczeniami. Dopiero badania najnowszych czasów nauczyły nas, że do równomiernego wykształcenia ciała na piękne, silne i zdrowe trzeba ćwiczeń tak różnorodnych, jakie w idealnym prawie doborze podaje pentatlon grecki, obejmujący bieg, rzuty oszczepem i dyskiem, skok i zapasy. Nowoczesne zaś czasy u dwóch jedynie, najintenzywniej sport uprawiających narodów, zdobyły się na uzupełnienie biegów, skoków i rzutów medicine-Ball'em, ciężką, dużych rozmiarów, piłą w Ameryce, a rzucaniem 30 - 50 kg, 5—6 m długich drzew w Finlandji, dla wyrobienia masy mięśniowej i jej sprawności. Jeśli dodamy do tych danych jeszcze bezpośredni wpływ słońca na całą skórę i świetnie przeprowadzany masaż, to zrozumiemy, dlaczego grecka kultura fizyczna mogła dać wyniki, jakie uwieczniła rzeźba grecka w postaciach dyskobola i innych, tak licznych, a tak pięknych.

Badania lat ostatnich w trzech głównie poszły kierunkach: obserwacji serca i układu krwionośnego, narządu oddechowego i jego działania, oraz zachodzących zmian w przemianie materji.

W sprawie oceny wielkości serca u sportowców upadło zupełnie dawne zdanie o szkodliwości dużego serca sportowego; rzecz jest znacznie bardziej skomplikowaną niż przypuszczaliśmy. Ćwiczenia sportowe wpływają bardzo rozmaicie na serce: biegi krótkie — 100 i 200 m — wykazują w obrazie roentgenologicznym zmniejszenie cienia serca, wpływają na mięsień sercowy tonizująco, co może nawet być wykorzystywanem do celów leczniczych. Biegi na mety średnie 800—1500 metrów, wpływają nieco powiększająco na serce, zmieniając przytem jednak ustawienie serca. Dopiero intensywne zajmowanie się biegami na dalekie mety, od 5000 metrów do Maratonu (40,250 m) powoduje powiększenie się serca, zwłaszcza w jego wymiarze poprzecznym. Badania dają tu jednak poza ogólnymi wynikami, podanymi wyżej, dużo sprzeczności w szczegółach. (Patrz prace Kohlrauscha, Deutscha, Kaufa, Knolla, Bainbridge'a, Boigey'a i innych). Zdaje się jednak, że sprzeczności te spowodowane są niedostateczną jeszcze znajomością typów budowy ludzkiej i odpowiadającym im postaciom serca. Chwilowym naszym wiadomościom w tej dziedzinie odpowiada może najlepiej podział ludzi wedle Martineta na »longiligne«, »medio- i breviligne«, z równoczesnem podaniem głównych wymiarów roentgenologicznych serc odpowiadających. (Boigey, Manuel Scientifique d'Education Physique, str. 273). W badaniach tych zupełnie różnymi drogami dążą do celu Anglo-Sasi, Francuzi i Niemcy. Prace anglo-saskie mało zajmują się wymiarami, statystykami, kładąc główny nacisk na praktyczne doświadczenie lekarza i jego indywidualną ocenę każdego przypadku; praktycznie jednak rozwiązują oni sprawę najlepiej skutkiem swego ogromnego doświadczenia na tem polu. Porównania jednak cyfrowe niemożliwe z powodu braku materjału cyfrowego. W przeciwnym wręcz kierunku idą Niemcy, wprowadzając do swych badań olbrzymią wprost ilość wymiarów najrozmaitszych; w lesie cyfr tych jednak trudno się jeszcze zorjentować i wyciągnąć ważniejsze dane; trudno nawet ustalić sposoby mierzenia. Większość pracowni niemieckich sportowych idzie za berlińską Akademją dla ćwiczeń cielesnych i stosuje metodykę Martina (R. Martin, Lehrbuch der Antropologie). Francuzi, widząc ogromne trudności w gmatwaninie cyfr i wymiarów, udali się po pomoc do sztuki, i rozpatrują poszczególne typy ludzkie ze stanowiska artystycznego głównych linji charakterystycznych, otrzymując tym sposobem typy, bardzo zbliżone do opartych na ściśle naukowej podstawie wielkiej ilości pomiarów typów Martineta, (patrz Thooris, La Vie par le Stade). Jak widzimy więc, sprawa nie należy bynajmniej do łatwych, jeśli tak duże napotykamy trudności przy określeniu, jakie wymiary i jaka postać serca jest normalną dla badanego osobnika. Dalej zaś piętrzą się trudności przy badaniu wpływu sportów na wielkość serca. Wedle Zuntz-Nicolai'a przedstawia się stosunek objętości serca do ciężaru ciała następująco:

Ilość badanych:	Ćwiczenie:	Stosunek:
17	Wielobój atletyczny	1 : 67.2
15	Pływanie	1 : 63.8
28	Ciężka atletyka	1 : 63.3
19	Biegi średnie	1 : 60.3
19	Biegi dalekie	1 : 57.2
27	Bieg Maratoński	1 : 55.2
16	Narciarskie biegi dalekie . . .	1 : 50.8
20	Kolarstwo wyścigowe na dalekie mety	1 : 49.1
	do	1 : 26.7

Różnice są więc ogromne. Nie należy zaś zapominać, że duże różnice indywidualne powodują konieczność badania większej liczby dla obliczenia wartości przeciętnej wpływu badanego sportu na wielkość serca; wraz z tą większą liczbą badanych sportowców wzrastą również trudność dobrania drużyny o jednakowym poziomie wyszkolenia sportowego, co znowu powoduje wielkie różnice w obciążeniu serca. Z innych badań, głównie przemiany materji, dowiedzieliśmy się o ogromnym wpływie zaprawy (treningu), tak na pracę serca jak i całego aparatu mięśniowo-nerwowego. Wciągnięcie więc do jednej serji badań osobników o różnem przygotowaniu sportowem uniemożliwia osiągnięcie wyników współmiernych. Niejedno też badanie o wynikach paradoksalnie sprzecznych z większością znajduje swe wyjaśnienie w braku znajomości sportowych zasad i sportowej zaprawy danego ćwiczenia. Bliższe dane dla narciarstwa zawiera praca Knolla (Arosa) o zawodnikach narciarskich szwajcarskich. Zwykłą metodą perkusyjną otrzymał on w dużej serji badań (405) wyniki następujące:

Stłumienie serca większe po biegu:	bez zmiany:	mniejsze:
24.3%	68.3%	7.4%

Badanie roentgenologiczne okazało ogromną zależność obrazu serca od stanu przepony; wpływ jest tu tak wielki, że prawie zupełnie uniemożliwia przeprowadzenie ścisłych cyfrowych porównań. Na podstawie swego bardzo szczegółowego materjału nie zgadza się Knoll z wynikami tak wyżej podanymi Zuntz-Nicolai'a jak i Herxheimera o wybitnem i znacznem powiększeniu wymiarów serca u narciarzy. Jako najlepszą metodę porównawczą uznaje obliczanie powierzchni cienia serca przy ortodagrafji; wymaga zaś zdjęć w 4 fazach (skurcz i rozkurcz przy wdechu i wydechu). Ze względu na ciągle jeszcze podnoszone w ćwiczeniach sportowych niebezpieczeństwo ostrej rozstrzeni serca przy forsownych biegach, ciekawą jest przeprowadzona przez Knolla kontrola narciarza, który, bijąc silnego bardzo współzawodnika w biegu narciarskim, tak się wytężył, że doszedł do mety ze znacznem — perkusyjnie niestety jedynie stwierdzonem — rozszerzeniem obustronnem serca (zwykle rozszerzenie idzie na lewo), tętnem nitkowatem 176 i znacznem obniżeniem ciśnienia krwi; po 30 minutach odpoczynku mógł dopiero chodzić. Mimo tego badany w 4 tygodnie później wykazał warunki zupełnie normalne tak wypukiem i auskultacją jak i w obrazie roentgenologicznym. Obserwacja ta kryje się z badaniami Suhera Knuda (Ztchft. f. d. ges. exp. Med. 1923. H. 1—4.) nad szybkością powrotu wielkości serca do normy po zaprzestaniu ćwiczeń. U szczurów, ćwiczonych dwa miesiące w bieganiu osiągało serce 5 do 6% ciężaru ciała, w 8 dni po zaprzestaniu ćwiczeń spadało na 4.2%, po 18 dniach na 4%, a po 35 dniach niżej 4%. Wyniki te zgodne są dalej z badaniami Jundella i Dedischena u sportowców, którzy przestali od kilku lat ćwiczyć; wymiary serc ich okazały się najzupełniej normalnemi.

W głoszeniu nieszkodliwości czy to rozszerzenia, połączonego z przerostem czy też rozstrzeni samej nie pójdziemy tak daleko, jak to czyni Kohlrausch, który serce ogólnie przerosłe ze szmerami w spoczynku uważa za zdrowe, jeśli szmery te znikają podczas pracy. Ani też nie będziemy tęsknić do osiągnięcia stosunku serca do wagi ciała, podo-

bnego jak u kaczki dzikiej, jak tego pragnie jeden z niemieckich autorów. Stosunek ten przedstawia się następująco:

Zwierzę:	gramów serca na 1000 gramów wagi ciała
Królik	2·4 gr
Zając	7.75 «
Kaczka domowa	6.98 «
Kaczka dzika	11.02 «
Dziecko do 40 kg	około 5 gr
Człowiek 40—90 kg	« 4 «
» 100	« 3.5 «

Ważniejsze jednak dla oceny praktycznej stanu serca i układu krwionośnego są badania tętna i jego ciśnienia. Prac jest tu ogromna ilość; niektóre z nich zajmują się samą techniką i jej wadami, wykazując jak to czyni Benquist (Skand. Arch. f. Physiol. 1923. H. 9.), olbrzymie różnice spowodowane małemi zmianami techniki, na które niezawsze zwraca się uwagę. Np. ciśnienie krwi, mierzone różnemi przyrządami na ręce wykazuje do 32 mm Hg różnicy zależnie od poziomego czy pionowego ułożenia ręki; do 46 mm Hg w rozmaitych położeniach ciała. Inne prace, jak Pachona i jego uczni, Boigey'a i innych, dochodzą już do szczegółowych wniosków; najpopularniejszym jest oscyllometer Pachona; podaje on ciśnienie maksymalne i minimalne i pozwala na oznaczenie praktycznej granicy, do której można się w danem ćwiczeniu posunąć bez obawy przemęczenia. Ciśnienie maksymalne i minimalne wynosi u człowieka zdrowego w spoczynku przeciętnie 14 i 8 cm rtęci, różnica więc 6 cm. Przy pracy mięśniowej średniej tętno podnosi się z 70—85 na 90 na minutę, ciśnienie (maksymalne, minimalne, różnica) na 20—12—8 cm rtęci; gdy tętno dochodzi do 120, ciśnienie wskazuje 30—15—15; z chwilą jednak, gdy praca zaczyna przekraczać granice możności osobnika, tętno podnosi się na 180-200, ciśnienie zaś zmienia się: maxymalne wynosi 25 cm., minimalne 20 cm, różnica więc spada z 15 na 5 cm rtęci. Osobnik badany stoi niedaleko zapaści. Inaczej jednak zachowuje się spadek ten u zaprawionych i niezaprawionych sportowców; u niezaprawionych następuje nagle, u wprawnych zaś znacznie wolniej. Odpowiada to doskonale doświadczeniom sportowym — niejednokrotnie widziano na boiskach biegaczy, którzy mimo zmęczenia, parci ambicją i siłą woli, biegli dalej, by nagle prawie paść na ziemię, zupełnie wyczerpani. Dobrze wytrenowani zaś albo kończyli bieg w niezłej formie lub, o ile przerastał on ich chwilowe siły, osłabione może przejściem jakiejś lekkiej choroby czy chwilową niedyspozycją, zwalniali tempa i schodzili spokojnie z bieżni.

Najcenniejsze wskazówki dla praktycznej oceny daje jednak obserwacja ilości uderzeń tętna na minutę. Badania przeprowadzone u sportowców hamburskich po 10 przysiadach, wykonanych w 20 sekund dały wyniki:

1	zwiększenie liczby uderzeń tętna na minutę o	0
20	» » » » » o	1 — 10
32	» » » » » o	11 — 20
19	» » » » » o	21 — 30
7	» » » » » o	31 — 40
2	» » » » » o	41 — 50

Jedyny z badanych, niewykazujący żadnego przyśpieszenia po tej, widocznie bardzo dla niego lekkiej pracy, był jednym z najlepszych niemieckich biegaczy na dalekie mety. U dwóch z drugiego szeregu tętno normalne przy spoczynku wynosiło 52 uderzeń na minutę; byli to bardzo dobrzy biegacze na średnie i dalekie mety.

Po tej samej linji idą badania Holsta i Knolla; H. badał przed biegiem narciarzy, stających do biegów 50-cio kilometrowych i uważa trójcę: zwolnienie tętna poniżej normy, lekkie podwyższenie ciśnienia i nieznaczne rozszerzenie serca za objaw normalny, fizjologiczny u rzeczywiście do takich wytężających biegów zaprawnych narciarzy. Podobne wyniki podaje Knoll tak dla narciarzy jak i dla badanych w Berlinie 192 biegaczy maratońskich. Z dużego szeregu badanych w ciągu kilku lat zawodników narciarskich w rozmaitych biegach szwajcarskich wysnuwa Knoll wnioski, że wraz z lepszą wprawą narciarzy zwiększa się liczba tych, którzy wykazując przed biegiem tętna wolne, po skończonym wysiłku powracają już po 15 minutach do cyfr poniżej 100. Szybkość tętna bezpośrednio po wysiłku odgrywa znacznie mniejszą rolę i nie pozwala na wnioskowanie o stanie układu krwionośnego i zaprawy badanego. Knoll i Holst stają więc na stanowisku Herxheimera. Rozpatrując kwestję bradykardji sportowców doszedł H. do wniosku że jest ona zupełnie niezależną od wagotonji, a spowodowaną zwiększeniem tak zdolności skurczowej serca jak i pojemności skutkiem przerostu. Knoll uważa tego rodzaju zachowanie się tętna za wyraz specjalnie wytrwałego serca. Potwierdziły to mniemanie jeszcze wyniki badań ludzi tych, którzy na drugi dzień stawali ponownie do zawodów. Serce ich wypoczęło w ciągu 24 godzin dostatecznie; tak przed jak i po biegu wykazali cyfry zupełnie normalne, podobne do doskonałych wyników dnia poprzedniego. Wyniki zaś sportowe zgadzają się z lekarskimi w zupełności. Na nieco innem stanowisku stoi Boigey, lekarz szkoły gimnastyki i szermierki w Joinville-le-Pont pod Paryżem, który dla ćwiczeń takich jak bieg 100 m, 3.000 m, $^1/_2$-godzinne wiosłowanie po 20 uderzeń na minutę, $^1/_2$-godzinna gra w piłkę nożną, stwierdza zmiany ciśnienia tętniczego, trwające od 40 minut do 5 ciu godzin, od 3 do 17-tu godzin, od 40 minut do 3 godzin. Z badań swych, swoją drogą dokonywanych na bardzo różnorodnym, więc też trudno uchwytnym materjale, dochodzi B. do wniosków praktycznych: główny wpływ na narząd krwionośny ma długotrwałość ćwiczenia, zaś intenzywność jego znacznie mniejszy; ze względu na włączane odpoczynki mają intenzywne ćwiczenia, przeprowadzane w formie zabaw, jak np. piłka nożna, dużo stron dodatnich.

Przejdźmy do systemu oddechowego:

Najnowsze badania mogą służyć za dowód, jak błędne są często uświęcone już tradycją pojęcia. Stare zdanie o innym typie oddechowym u mężczyzn i kobiet komplikuje się dziwnie z chwilą bliższego przyglądnięcia się. Autorowie niemieccy stwierdzili ponad 4 typy. Kohlrausch nawet u pływaków dobiera odpowiednie metody pływania dla poprawienia i wyrobienia zaniedbanych części aparatu oddechowego i wyrównuje w ten sposób błędy klatek piersiowych u dzieci. Badania tak francuskie jak i niemieckie zachwiały mocno przekonaniem naszem o ważności spirometrji i oznaczania pojemności życiowej płuc. Cały szereg czynników okazał się tu wielce ważnym. Prócz pojemności życiowej wybitną i rozstrzygającą niemal o wyczynach rolę odgrywają pojemność normalnego wdechu i wydechu (*air courant* Francuzów), wentylacja płuc t. j. ilość powietrza, przechodzącego przez płuca w ciągu jednej minuty — a w końcu sama elastyczność pęcherzyków płucnych. Do dotychczasowych przyrządów przybył cały szereg nowych, jak np. *pneoscope* d'Heucqueville'a, maska manometryczna Pecha, pneumometry najrozmaitszych typów. Przypadki trudne wymagają nieraz roentgenoskopijnego wyjaśnienia roli przepony w funkcji oddechowej badanego. Dopiero zsumowanie osiągniętych w ten sposób wyników pozwala nam na jasne ujęcie sprawy i wyjaśnienie ciemnych dotąd sprzeczności między badaniem lekarskiem a wynikami sportowymi oraz pozwala na wkroczenie lecznicze i usunięcie niedomogi oddechowej w całym szeregu przypadków, wobec których byliśmy dawniej bezsilni.

Badanie Knolla podczas biegów narciarskich w Arosa i Davos wykazały ogromny wpływ dokładnego wyregulowania sposobu jazdy i techniki oddechowej oraz jak największego oparcia na rytmie bezwiednym. W biegach na długą metę lwia część wyników dodatnich zależy od dobrej techniki oddechowej.

W innych działach wspomnę tylko o ogólnym kierunku badań; w mechanice i statyce ćwiczeń fizycznych ruch jest duży, bądź to prymitywnemi środkami badań Boigey'a w Joinville najrozmaitsze ćwiczenia, dochodząc do pięknych i praktycznie używalnych wyników np. w marszu z obciążeniem, bądź też Quénu i Demeny w szpitalu Beaujon ubierają pacjenta ciemno, na stopach, kolanach i biodrach

umocowują lampki elektryczne i zdejmują w czerwonem świetle aparatem chronofotograficznym notując równocześnie ciśnienie stóp na podłogę za pomocą specjalnego dynamometru. Boigey wykazał możliwość leczenia lekkiego stopnia płaskich stóp przez krótkie marsze z lekkiem obciążeniem w rękach, do otrzymania wyniku tego posłużyły mu doświadczenia z marszem na bosaka poczernionemi farbą drukarską stopami po białym papierze z obciążeniem i bez. Dużo pracy poświęcili, zwłaszcza Niemcy, badaniom wpływu używek na sprawność sportową, między innymi opracowywano alkohol, koffeinę i kolę kilkakrotnie, na ogół z wynikami ujemnemi, t. zn. że żadna z substancji badanych nie daje chwilowego nawet zwiększenia sprawności sportowej. Wszystkie wyniki dotychczasowe, zwykle wykazujące krótkie działanie korzystne z późniejszą fazą tem większego zmęczenia, nie zostały w badaniach ostatnich potwierdzone.

Anglo Sasi, a po nich także Francuzi i Niemcy poświęcili dużo pracy badaniom, rozpoczętym jeszcze przez uczniów Lavoisiera, nad przemianą materji u człowieka pracującego. Nie mogąc przeprowadzić badań kalorymetrycznych, zastąpiono je ścisłemi bardzo badaniami wchłanianych i wydzielanych gazów. Dawne badania Zuntza i Loewy'ego rozszerzono i uzupełniono; Douglas, Haldane, i inni w Anglji, Waller, Benedict, Atwater, Miles, Johnson, Slack, Carpenter, Harris, Talblot w Ameryce, Sonden, Tigerstedt w Skandynawji, Lassaigne, Lalnanié, we Francji, Pettenkofer, Voit i duży szereg innych w Niemczech pracowali na tem polu; trudno rozpatrywać olbrzymią wprost ilość prac tych szczegółowo. Dla ilustracji wystarczą cyfry podane przez Boigey'a. Dotyczą one ilości kalorji małych, potrzebnych dla przesunięcia 1 kg ciała badanego osobnika o 1 m naprzód. Zestawienie wykazuje ogromne znaczenie zaprawy; wprawna maszyna ludzka funkcjonuje znacznie ekonomiczniej od niewprawnej.

	robi na minutę	zużywa kalorji
Mieszczuch nie nawykły do chodzenia	62.0 m	0.668
Dama miejska	62.5 »	0.640
Pan cywilny na spacerze . . .	60.0 »	0.552
Żołnierz średnio wyćwiczony . .	73.5 »	0 509
Sportowiec wyćwiczony . . .	99.6 »	0.527

Jeszcze lepiej ilustruje nam wartość zaprawy zestawienie następujące:

Ten sam osobnik wydziela w każdej sekundzie na 1 kg wagi swego ciała następujące ilości dwutlenku węgla:

	przed zaprawą	po zaprawie
w spokoju	3.32 ccm	2.9 ccm
podczas marszu z szybkością 1.42 m na sekundę na 4-tym kilometrze	12.8 ccm	7.68 ccm

Bywają jednak i wyniki identyczne w czasie pracy, wprost przeciwne jednak podczas spokoju. Ilość wydzielanego bezwodnika węglowego podczas spokoju jest u osobnika badanego wyższą po zaprawie, niż przed nią. Wypadki takie zachodzą zwłaszcza przy stosowaniu tych ćwiczeń, które wymagają szybkiej reakcji na podniety zewnętrzne. Zwiększona przemiana materji w spokoju po zaprawie tłumaczyła by się pewnego rodzaju — jeśli można użyć tego wyrażenia — wyższą prężnością komórek aparatu nerwowo-mięśniowego, będącego w stanie ciągłej gotowości. Jesteśmy więc u progu dopiero wglądnięcia w procesy chemiczne ustroju podczas pracy; w każdym razie dziś już widzimy, że zadanie czekające nas nie jest łatwem. Do skomplikowanej kwestji chemicznej dołącza się duży szereg działań fizyko chemicznych w roztworach kolloidalnych, z jakimi przecież na każdym kroku mamy w ustroju do czynienia. W dodatku zaś nie wystarcza poznanie, w jaki sposób i w jakiej ilości dostaje się tlen do mięśnia, ale najważniejszym momentem jest jednak samo oddychanie komórki mięśniowej czy nerwowej, o czem dotąd tak słabe mamy pojęcie i tak mało metod skutecznych.

Klasyfikacja ćwiczeń, oparta na podstawie kontroli przemiany materji różni się znacznie od dotychczas empirycznie przyjętej.

Na podstawie wydzielanych podczas ćwiczeń ilości dwutlenku węgla dzieli Boigey ćwiczenia na cztery kategorje; od I-ej najniższej do IV-tej najlżejszej.

I. Zapaśnictwo, pływanie, biegi na krótkie mety;

II. Biegi średnie i długie, boks angielski;

III. Boks francuski, wioślarstwo, gimnastyka przyrządowa, rugby;

IV. Tennis, piłka nożna, kolarstwo.

45-cio minutowa lekcja gimnastyki wojskowej francuskiej odpowiada równie długiemu marszowi z obciążeniem 30-tu kg.

Do tych bądź co bądź dla olbrzymiej większości lekarzy nowości dodać możemy, że nareszcie po 2700 latach zdołaliśmy zrozumieć dlaczego Grecy tyle wieków temu wprowadzili jako naczelny punkt Olimpjady greckiej pięciobój klasyczny — pentatlon — ćwiczenie to obejmowało bieg, rzuty dyskiem i oszczepem, skok i zapasy.

Jak świetnie dobranymi i wszechstronnie kształcącymi ciało były ćwiczenia te świadczą wyniki, które w tak cudownych postaciach uwieczniła nam rzeźba grecka. Sport nowoczesny uprawiał wprawdzie biegi, skoki i rzuty, lecz zupełnie zapomniał o ćwiczeniach, zwiększających masę mięśniową, jakiemi były dla Greków zapasy. Długoletnia emp.rja sportowa Skandynawów i Anglo Sasów pozwoliła im się zorjentować i spostrzedz brak. Starano się go zastąpić, Amerykanie base- i medicine-ballem, Finlandczycy rzucaniem kłód drzewnych, w ostatnich zaś czasach Niemcy najbliżej wrócili do wzoru greckiego, stosując ćwiczenia oporowe dwójkami przeprowadzane.

Z zestawienia powyższego mocno niekompletnego skutkiem teraźniejszych trudności w zebraniu literatury widzimy jednak, jak żywym jest ten kierunek badań naukowych zagranicą. To też dobroczynny wpływ wywierany na sport i jego objawy przez zagraniczny świat naukowy zwiększa się z dnia na dzień ku obustronnej korzyści. U nas niestety dość cicho i pusto na tem polu.

W najbliższym czasie postaram się przedstawić tymczasowe wyniki nielicznych jeszcze badań, przeprowadzonych w lwowskiej poradni sportowo-lekarskiej Sekcji Hygjeny Sportu Polskiego Towarzystwa Hygjenicznego we Lwowie oraz kierunki badań, których brak najdotkliwiej daje się odczuwać tak po macoszemu przez polski świat lekarski traktowanemu sportowi w Polsce.

Oceny i sprawozdania.

Prof. dr. Antonin Vesely (Praga czeska). Klinicke vysetrovací methody a lékarská technika (Metody badania klinicznego i technika lekarska). Wydanie II., przerobione i uzupełnione. Praga 1923 4 (nakł. Bursik i Kohout). Dział I., propedeutyczny (2 zeszyty). Stron 789, rycin 263.

Przed 22 laty wydał prof. Vesely poraz pierwszy swój podręcznik sposobów badania klinicznego; niepoślednią wartość tego podręcznika podniósł wówczas w »Przeglądzie lekarskim« (1901. Nr. 26) dr. August Kwaśnicki. Podręcznik ten wychodzi obecnie po raz drugi, ale tak znacznie rozszerzony, tak gruntownie przerobiony i tak pogłębiony wielkiem doświadczeniem zasłużonego kierownika praskiej kliniki propedeutycznej, że książkę tę można bez przesady uznać za zupełnie nowe dzieło i z tego powodu trzeba choćby pokrótce zdać sprawę, jak się to dzieło teraz przedstawia.

Już same rozmiary dotąd wydanego działu I., prawie 50 arkuszy druku wielkiej szesnastki, świadczą, że rzecz jest planowaną na wielką skalę i będzie rzeczywiście wyczerpującą. Dwa dotąd wydane zeszyty obejmują 18 rozdziałów, w których prócz wstępnych wiadomości mieści się tylko oglądanie, metody pracowniane i badanie mechanizmu i chemizmu poszczególnych układów ustroju. Inne sposoby badania klinicznego wyjdą dopiero w dalszych, pod prasą znajdujących się zeszytach. W trzech pierwszych, wstępnych rozdziałach zasługuje na uwagę uwzględnienie deontologji. W czwartym rozdziale najwięcej miejsca zajmują wywiady, do których po-

daje autor bardzo praktyczny schemat. Rozdział piąty obejmuje oglądanie (wyraz twarzy, stan świadomości, położenie ciała, stan odżywiania, więź i cechy pewnych stanów konstytucjonalnych, stan skóry i widocznych błon śluzowych, owłosienia i t. p., oraz kolejne oglądanie głowy, twarzy, nosa, uszu, oczu, ust, szyji, klatki piersiowej, brzucha, kończyn i t. d.). W szóstym rozdziale znajdują się metody badania mikroskopowego, bakterjologicznego, serologicznego, ogólne metody chemiczne z uwzględnieniem chemji fizycznej i chemji koloidów i niektóre metody fizyczne. Treść następnych rozdziałów stanowi: badanie krwi, plwociny i wydzieliny nosa, mechanizmu i chemizmu oddychania, trawienia, czynności trzustki, wątroby, nerek, układu nerwowego samoczynnego (wegetatywnego), cytodjagnostykę, endokrinologję, badanie wydzielin narządów płciowych. W każdym z tych rozdziałów uwzględnia autor najnowszy stan badań i nader skrzętnie zbiera wszystkie te metody, których wartość została już wypróbowana, każdą z nich opisuje jasno i dokładnie. Szczególnie zasługuje na zaznaczenie staranne uwzględnienie nowoczesnych metod serologicznych i hematologicznych. Wszystkie rozdziały są odpowiednio objaśniane rycinami, z natury rzeczy szczególniej bogato rozdział o oglądaniu, w którym posługuje się autor doskonałemi fotografjami, bądź z własnej kliniki, bądź — w części — z innych klinik praskich. Korzystanie z dzieła ułatwiają dwa obszerne skorowidze.

Pod względem typograficznym nie ustępuje książka najlepszym wydawnictwom przedwojennym; papier, druk, klisze są doskonałe. Nieliczne błędy drukarskie (skrophulosis zamiast scrofulosis, str. 125, myxoedema infantilis str. 104, labium leporium str. 61, pelvis osteomalatica str. 201) są tak drobne, że czytelnik sam łatwo je sprostuje.

W polskiem piśmiennictwie posiadamy podręczniki badania klinicznego, żaden jednak z nich nie jest tak obszerny. Dlatego i u nas może dzieło prof. Vesely'ego oddać wiele usług lekarzom i studentom, zwłaszcza tym, którzy coraz liczniej garną się na polskie wszechnice z różnych krajów słowiańskich, w których język czeski jest więcej znany.

Ciechanowski (Kraków).

J e s s n e r: **O łuszczycy i jej leczeniu (Die Schuppenflechte [Psoriasis vulgaris] und ihre Behandlung). Kabitzsch.** Lipsk 1924. Zeszyt 8°. Str. 42.

W swoich wykładach dermatologji dla praktyków nie pominął J. i łuszczycy; wykłady te wydane drukiem są poczytne (zeszyt powyższy wyszedł w 3-ciem wydaniu), bo znakomicie spełniają swój cel. W zwięzłej formie podaje J. wszystko, co dla lekarza praktyka miałoby znaczenie, a więc teorji etjologji, przebieg choroby i leczenie. Niektóre z jego uwag są praktycznie ważne i bardzo trafne, np. gdy przypomina, że łuszczyca coprawda naogół jest chorobą ludzi zdrowych, że jednak ta reguła ma aż nadto liczne wyjątki, że dalej łuszczyca czasem znika gdy osobnik zachoruje na jakąś ostrą lub przewlekłą chorobę, zwykle zakaźną. Nieco zbyt uogólnianą wydaje się, wyrażona przy rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy łuszczycą a wypryskiem łojotokowym zasada autora, że moż a prawie niezawodnie rozpoznać łuszczycę, gdy leczenie siarką, rezorcyną lub ichtjolem zawiedzie. Większego nacisku należałoby się spodziewać przy stwierdzeniu, że rozpoznanie łuszczycy od grudkowej w sypki kiłowej może czasami być bardzo trudne. Leczenie łuszczycy omawia autor obszernie; z wyjątkiem skutecznej, choć bardzo bolesnej mieszanki Bory'ego nie opuszczono tam niczego. Należyty krytycyzm jest zachowany przy omawianiu naświetlań grasicy promieniami Roentgena. Może zanadto sceptycznie zapatruje się autor na bezsprzecznie dodatnie wyniki osiągnięte przez ogólne naświetlania światłem lamp łukowych. — Broszura jako całość powinna oddać praktykowi cenne usługi.

Dybcski (Kraków).

Zygmunt G r u d z i ń s k i. **Roentgenodjagnostyka chorób narządu trawienia.** Warszawa 1923 r. Nakład Trzaski, Everta i Michalskiego.

Należy powitać z wielkiem uznaniem pojawienie się powyższej książki. Było ono bardzo na czasie, gdyż brak prac podobnych z dziedziny roentgenologji w języku polskim bardzo odczuwać się dawał. Medycyna polska zmuszona była posługiwać się przeważnie dziełami, wydawanemi w językach obcych, a co zatem idzie i obcą terminologją, co w dużym stopniu utrudniało stosowanie wiedzy roentgenologicznej w praktyce i nawet hamowało badania teoretyczne w tym zakresie.

Książka składa się z dwóch części: ogólnej i szczegółowej. W części pierwszej autor podaje dość szczegółowy opis metod badania rentgenologicznego oraz objaśnia obrazy normalne i chorobowe, spotykane w cierpieniach narządu trawienia. Część szczegółowa zawiera zwięzłą rentgenodjagnostykę poszczególnych chorób tego narządu. Jest ona jakby szeregiem oddzielnych monografji z dziedziny djagnostyki rentgenologicznej. Podział powyższy prowadzi do kilkakrotnego nieraz powtarzania niektórych szczegółów, jest zato pożytecznym z punktu widzenia pedagogicznego i informacyjnego.

Dużo miejsca poświęca autor djagnostyce różniczkowej rentgenologicznej, zwłaszcza w części szczegółowej.

Dzieło swe autor przeznaczył przeważnie na użytek l e k a r z y n i e s p e c j a l i s t ó w. Jako takie, traktowane jest ono wszechstronnie, prawie encyklopedycznie.

Ukazanie się książki Dra Grudzińskiego, która wniosła do polskiej literatury lekarskiej nie istniejącą dotychczas terminologję roentgenologiczną, — w znacznej części wypadków dobrą i trafną, — przyczyni się do rozpowszechnienia znajomości rentgenologji wśród szerszego ogółu lekarzy i nawiązania bliższego kontaktu pomiędzy lekarzami rentgenologami i klinicystami.

Styl książki, pomijając drobne usterki, jasny; wydanie staranne, o wielkiej ilości rycin i odbitek w tekście.

Dr. Leon Sułkowski.

Dr. Med. Wiktor G r z y w o - D ą b r o w s k i. **»Zarys Medycyny Sądowej«.**

Bardzo starannie wydana książka nakładem Tow. Nauczycieli Szkół. Śred. i Wyższ. obejmuje 199 str. druku, a nadto zawiera oddzielnie mały atlas uderzający czystością i dokładnością rysunków jak i dobrze wykonaną tablicę widm. Materjał opracowany jest w sposób zwykle w podręcznikach tego rodzaju przyjęty, a treść jest jasna i przystępna, tak iż książka ta może istotnie, jak to oznacza sam autor w przedmowie, być korzystną dla prawników »przy codziennej pracy«. Jako konspekt dla medyków, podręcznik ten jednak mniej się nadaje, gdyż nakreślony jest dość ogólnikowo i pomija niektóre ważniejsze szczegóły i metody badania potrzebne dla słuchaczy.

Siengalewicz (Wilno).

Przegląd piśmiennictwa.

American Journal of Ophthalmology.

T. VII. Nr. 2. 1924.

O l a f B l e g w a r d. **Xerophthalmia, keratomalacia et xerosis conjunctivae.** Autor po krótkim zarysie historycznym o poglądach na sprawę keratomalacji, przedstawia wyniki doświadczeń na zwierzętach, u których wywoływał keratomalację zapomocą karmienia pożywieniem z wyłączeniem pewnych składników. Obserwacje kliniczne autora nad tem schorzeniem u ludzi obejmują 434 przypadków u dzieci i 13 u dorosłych. Na podstawie tych obserwacyj i wyników doświadczalnych przychodzi do przekonania, że brak witaminu *A* rozpuszczalnego w tłuszczach w pokarmach codziennych jest właściwą przyczyną tego ciężkiego schorzenia (Substancja ta znajduje się przedewszystkiem w zielonych liściach roślin, organizm zwierzęcy nie jest w stanie jej wytworzyć z innych substancyj pożywienia, pokarm zwierząt trawożernych i produkty ich [mleko] zawiera w obfitej dostatecznie ilości ten witamin *A* rozpuszczalny w tłuszczach).

Witamin *B* rozpuszczalny w wodzie i antyskorbutyna *C* są bez większego znaczenia dla patogenezy keratomalacji. Schorzenie to powstaje na skutek dłuższego braku w pożywieniu witaminu *A* rozpuszczalnego w tłuszczach lub też na skutek wyczerpania się jego zapasu istniejącego stale w organizmie, z powodu długotrwającej jakiejś wyniszczającej choroby ogólnej lub też na skutek gwałtownego i szybkiego wzrostu danego indywidjum i wtedy to ogólny stan orga-

nizmu pozornie może znajdować się w bardzo dobrym stanie. Prognoza co do życia u dzieci jest bardzo złą (z 434 przypadków 87 zmarło) z powodu występującej często bronchopneumonji i innych ogólnych zakażeń. Prognoza co do wzroku przedstawiała się następująco: 27% ślepoty, 24% znacznie obniżonej bystrości wzroku, 35% ślepoty tylko na jednem oku, 14% zupełnie dobra. Postępowanie lecznicze polegało głównie na wprowadzeniu w ustrój obfitych ilości wymienionego witaminu w postaci mleka (lepiej surowego), jaj, tłuszczów zwierzęcych i tranu rybiego. Leczenie miejscowe ograniczyło się tylko do gorących okładów, wkraplania atropiny i stałego opatrunku wazelinowego. Mimo dającego się stwierdzić wyraźnie dobrego wpływu podanego powyżej leczenia częstokroć na skutek zakażenia następowego gałki ocznej przychodziło do utraty oka.

Autor spostrzegał również 148 przypadków *Xerosis conjunctivae* bez zmian rogówkowych (z tych 143 u dzieci, 15 [u dorosłych] powyżej 16 lat) również i w tych przypadkach brak w pożywieniu witaminu *A* rozpuszczalnego w tłuszczach był właściwą przyczyną Autor przy końcu wyraża przekonanie, że w niejednym ciężkiem schorzeniu oka należy uwzględnić warunki odżywiania się ogólnego i właściwą przyczynę odnieść należy do braku potrzebnych organizmowi niezbędnie pewnych substancyj.

George Huston Bell. **Odpowiednio dostosowana djeta jako czynnik terapeutyczny w praktyce okulistycznej.** Według autora ważną rolę etjologiczną w różnych schorzeniach oka przewlekłych jakoteż ostrych odgrywa toxaemia pochodzenia przewodu pokarmowego w związku z miejscowemi zakażeniami błony śluzowej jamy ustnej i schorzenia migdałów i zębów. W tych przypadkach odpowiednie zastosowanie djety ogólnej może przynieść znaczną poprawę a nawet usunąć zupełnie schorzenie oczne Przepisy djetetyczne autora (reform djet) stosowane już z powodzeniem bardzo długo a podane w innych jego pracach, polegają głównie na odpowiedniem uregulowaniu w pokarmach ilości substancyj białkowatych i skrobiowatych, których nie radzi nigdy równocześnie podawać. Również potępia autor nadmierne podawanie cukru w pożywieniu dziennem. Jako wyniki swych djetetycznych przepisów przytacza autor szereg przypadków keratomalacji, wrzodów rogówkowych, schorzeń siatkówki, naczyniówki, twardówki i spojówki zakończonych w leczeniu pomyślnie. W sprawie leczenia jaskry przyznaje autor djetetycznym przepisom bardzo poważne stanowisko. Jaskrę bowiem pojmuje, jako wyraz schorzenia ogólnego i w tym poglądzie nie jest odosobnionym. Powołuje się na podobne zapatrywania Fuchsa, (który upatruje pewien związek pomiędzy jaskrą a tarczycą, (Lagrange, a Elliota [autointoksykacje). Autor jest zdania, że jaskrę należy równie leczyć ogólnie, jak i miejscowo. W 44 przypadkach jaskry, w 22 przyp. autor bez żadnego zabiegu operacyjnego otrzymał zupełnie dobry wynik tylko przy pomocy swych przepisów djetetycznych; obserwacje tych przypadków trwały po kilka lat, a w jednym nawet przypadku powyżej 10 lat.

Arthur Bedell. **Osteoma orbitae.** Autor po krótkim przeglądzie piśmiennictwa w sprawie *osteoma orbitae* podaje własny przypadek, który przebiegał pod postacią zapalną. Guz wychodził ze ścian zatok etmoidalnych i został usunięty doszczętnie wraz z częściami kostnemi ścian zatok etmoidalnych. Przebieg gojenia prawidłowy. Gałka oczna wróciła do prawidłowego położenia bez upośledzenia ruchomości. Bystrość wzroku nic prawie nie ucierpiała.

C. A Clapp. **Rozpłynięcie i wchłonięcie się samoistne soczewki i stosunek tych spraw do zaćmień soczewkowych.** Już bardzo dawno przypuszczano, że globuliny soczewki są rozpuszczalne w roztworach soli kuchennej, a zatem także i w cieczy przedniej komórki. Przypuszczano również, że leukocyty względnie fagocyty odgrywają ważną rolę w rozpuszczaniu substancji soczewkowej. Wagenmann donosi o obecności olbrzymich komórek w soczewce i im to właśnie przypisywał zdolność uszkadzania torebki i rozpuszczanie substancyj soczewkowych przy pomocy wytworzonego katalicznego fermentu. W roku 1890 Salkowski ten chemiczny proces rozpuszczania soczewki nazwał *autodigestio*, a Jacobi później *autolysis*, który to proces był spowodowany proteolitycznym fermentem. Końcowe produkta tego procesu są aminokwasy wytwarzane z pośrednich albumoz, peptonów i peptydów. Natura tego fermentu nie jest bliżej znaną. Doświadczalne badanie tego procesu *in vitro* były wykonane przez autora i Goldschmidta. Problem zamiany albuminoidów nierozpuszczalnych (a których znajduje się w soczewce około 50%) na rozpuszczalne substancje jest jednem z najważniejszych zagadnień w całej sprawie tej autolizy. Istnieją prawdopodobnie trzy możliwości: 1. że w soczewce znajduje się pewna bardzo mała ilość proteolitycznego fermentu, który może zadziałać na włókna soczewkowe po pęknięciu ich delikatnych osłonek; 2. że w cieczy wodnej przedniej komory wytworzyć się może proteolityczny ferment, który powoduje rozpuszczalność albumoidów; 3. że ferment w cieczy wodnej preegzystujący wraz z fermentem soczewki mogą swe działania wzajemnie wzmacniać. Co do pierwszej hipotezy doświadczenie *in vitro* wykazało możliwość istnienia w soczewce tego fermentu i jego działania i wskutek tego należałoby przypuszczać, że to samo dokonuje się i w oku. Druga hipoteza również została uznaną za możliwą na podstawie doświadczeń Goldschmidta. Trzecia hipoteza znajduje również uzasadnienie na podstawie doświadczalnych badań autora i Goldschmidta. Goldschmidt wyraża przekonanie, że można zwiększyć istniejący ferment w cieczy przedniej komory. Działanie rozkładowe tego fermentu w środowisku słabo kwaśnem odbywa się bardzo szybko, natomiast w środowisku alkalicznem zostaje zahamowane. Sunseri znalazł ferment ten we krwi u osób z zaćmą urazową, natomiast Hippel, Nicolas i Frenkel nie znaleźli go u osób z zaćmą. Doświadczenia podane wykazują, że w oku z zaćmą urazową mogą zupełnie analogiczne procesy autolizy zachodzić, gdzie ferment proteolityczny cieczy przedniej komórki współdziała z fermentem, zawartym w samym miąższu soczewki. W przypadkach *cataracta morgagniana* dostrzegamy również proces autolizy w miąższu soczewkowym, przyczem jednak jądro sklerotyczne i torebka pozostaje nietkniętą. Wyniki powyższych doświadczeń mogą mieć bardzo małe i bardzo ograniczone znaczenie praktyczne, zwłaszcza w przypadkach zaćmy starczej, a to przedewszystkiem z powodu bardzo wielkiej ilości albuminoidu nierozpuszczalnego, następnie z powodu torebki soczewkowej, którą tylko mechanicznie usunąć można. Pojawiających się zaćmień soczewkowych również nie jesteśmy w stanie usunąć, jakkolwiek z pewnym wynikiem możemy powstrzymać postęp ich przez pewien czas, przez stosowanie różnych środków wzmagających krążenie limfatyczne. W zaćmach urazowych istnieje możliwość autolizy w odpowiednich warunkach. Wprowadzenie w miąższ soczewkowy chociażby bardzo małych ilości fermentu proteolitycznego jest poza granicami prawdopodobieństwa praktycznie niewykonalne i niemożliwe.

Karelus (Kraków).

Journal d'Urologie.

Nr. 3. Marzec. 1924.

Paulesco, Marza i Trifu. **Prawo d'Ambard'a i jego współczynnik wydzielania mocznika są błędne.** Autorzy wziąwszy za zadanie sprawdzenie praw d'Ambard'a, doszli po szeregu doświadczeń na ludziach, do wniosku, że prawa te są błędne. Pierwsze prawo Ambard'a głosi: »kiedy nerka wydziela mocznik w stężeniu stałem, wydzielona ilość mocznika zmienia się proporcjonalnie do kwadratu stężenia mocznika we krwi«. Wbrew temu autorzy twierdzą, że ilość wydzielanego mocznika zmienia się w stosunku prostym do stężenia mocznika we krwi. Podobnie i drugie prawo d'Ambard'a, głoszące, że »gdy przy stężeniu mocznika we krwi stałem, osobnik wydziela mocznik o stężeniach zmiennych, ilość wydzielanego mocznika jest odwrotnie proporcjonalna do pierwiastka kwadratowego ze stężenia mocznika w moczu«, nie jest zgodne z doświadczeniami autorów, gdyż według nich ilość wydzielanego w tych warunkach mocznika utrzymuje się mniej więcej na poziomie stałym. Na tej podstawie autorzy twierdzą, że współczynnik d'Ambard'a (Constante — K) jest nonsensem. Autorzy wywodzą, że wydzielanie mocznika przez nerki może być ujęte w następujący sposób:

Ilość wydzielanego mocznika zmienia się w stosunku prostym do stężenia mocznika we krwi. Ilość ta jest stała, o ile stężenie mocznika we krwi jest stałe. Niema tu znaczenia stężenie mocznika w moczu, które zależy wyłącznie od ilości wody będącej w ustroju.

T e p o s u. **Usunięcie operacyjne nerki na podstawie współczynnika d'Ambard'a.** Przy wskazaniach do usunięcia nerki najważniejsze jest ustalenie, czy pozostała nerka zdolna jest pod względem czynnościowym podołać wymaganiom ustroju. Autor z metod w tym celu używanych przypisuje największe znaczenie współczynnikowi d'Ambard'a. Metoda ta oddała cenne usługi w 50 przypadkach w klinice Necker'a. Autor opisuje szczegółowo dwa własne przypadki gruźlicy nerki, w których cewnikowanie moczowodów świadczyło o niedostatecznej wartości czynnościowej nerki przypuszczalnie zdrowej, gdzie jednak opierając się na korzystnej cyfrze współczynnika d'Ambard'a usunięto chorą nerkę z doskonałym wynikiem. Autor chciałby, żeby, wobec sprzecznych zapatrywań niektórych badaczy, wszyscy którzy stosują tę metodę publikowali otrzymane wyniki. W braku danych klinicznych dla ustalenia postępowania leczniczego metoda d'Ambard'a jest dostatecznem oparciem do wykonania zabiegu chirurgicznego.

Nr. 4. Kwiecień. 1924.

M. N e g r o i R. L é v y. **W sprawie natychmiastowego przejęcia czynności wydzielniczych przez pozostającą nerkę, określonego zapomocą phenol-sulfon-phtaleiny.** Zazwyczaj usuwa się nerkę mniej lub więcej chorą, a więc czynnościowo gorszą, tak, iż nerka, pozostająca w chwili wykonania zabiegu, przejęła już na siebie część czynności tamtej. Autorzy opisują przypadek usunięcia jednej nerki z powodu torbieli, do czego zmusiło w czasie zabiegu gwałtowne krwawienie z nadliczbowej tętnicy, którego nie można było inaczej opanować. Przed zabiegiem zbadanie czynności obu nerek wykonane b. dokładnie wykazywało ich całkowitą i doskonałą równowagę czynnościową (wydzielanie mocznika, chlorków i phenol-sulfon-phtaleiny) w tym więc przypadku były zrealizowane warunki doświadczalne dla badania przerostu wyrównawczego pozostawionej nerki, po usunięciu drugiej nerki czynnościowo normalnej. Badanie przeprowadzono zapomocą dożylnego wstrzykiwania phenol-sulf.-phtal. i określenia ilości wydzielonej ph.-sulf.-pht. po 70 minutach. Na drugi dzień po zabiegu próba wykazała wydzielenia 23% ph.-sul.-pht. t. j. identycznie tyle, co jedna nerka przed zabiegiem. W 5 dni później — 46%, czyli tyleż co obie nerki przed zabiebiem. Próby w 6 i 12 dni później dały 50%, czyli ilość normalną. Autorzy wnioskują, że całkowite wyrównanie czynności następuje w przeciągu tygodnia po zabiegu oraz, że próba ph.-sulf.-pht. jest doskonałym środkiem śledzenia pracy wyrównawczej nerki.

V. C r i t a l-N i c e. **Żylaki pęcherza moczowego. Dwa spostrzegane przypadki krwiomoczu u obarczonych żylakami pęcherza.** Cierpienie niezmiernie rzadkie, podawano dotychczas jedynie pojedyncze przypadki. Zapomocą cystoskopji stwierdzamy różne stopnie rozwoju żylaków — od drobnych, położonych obok normalnych naczyń aż do wielkich splotów żył, zajmujących znaczną część powierzchni koloru fioletowego aż do ciemno-niebieskiego. Najczęstszem siedliskiem żylaków jest okolica szyji i dno pęcherza. Nigdy pęcherz nie bywa dotknięty sam tylko, zawsze mamy jeszcze żylaki w innych częściach dolnego odcinka ciała. Rozpoznanie nie jest możliwe bez wziernikowania pęcherza. Chorzy mają dosyć nieokreślone zaburzenia pęcherzowe: uczucie ciężaru w okolicy szyji pęcherza, parcia przy końcu oddawania moczu, częstsze oddawanie moczu; mocz zachowuje przeźroczystość przy normalnej pojemności pęcherza. Zmęczenie, długie stanie pogarszają stan chorych. Bywają nagłe zatrzymania moczu związane z ostrem nabrzmieniem żylaków. W rzadkich przypadkach wreszcie bywają obfite krwawienia, które nawet mogą zagrażać życiu chorych. Krwawienia bywają całkowite ze skrzepami. W dwóch przypadkach obserwowanych przez autora już po ustaniu krwawienia widać było przez wziernik miejsce pęknięcia żyły. W razie nagłego krwotoku fulguracja prądami wysokiej zmienności, skierowana na miejsce krwawiące, stanowi pewny i szybki sposób zatamowania krwawienia.

M a r c P a p i n — L a R a c h e l l e. **Nowotwór moczowodu.** Chory, który skarżył się na bóle w okolicy przypępkowej prawej z promieniowaniem wzdłuż moczowodu i na jądro prawe, miewał krwiomocz całkowity i bardzo obfity przejściowy. Mocz stale mętny, oddaje często. Niewielkie żylaki prawego powrózka nasiennego. Błona śluzowa pęcherza nastrzyknięta.

Cewnik moczowodowy prawy zatrzymuje się na poziomie $^2/_3$ górnych moczowodu, usiłowania przesunięcia go wyżej wywołują obfite krwawienie, które trwa dwa dni. Radjogram daje wynik ujemny. Przy następnem badaniu udało się przesunąć cewnik do miedniczki prawej, która zawierała 30 gr moczu mętnego ale nie krwawego. Pyelografja pozwoliła stwierdzić rozszerzenie miedniczki i górnego odcinka moczowodu do poziomu 3-go kręgu lędźwiowego, skąd zaczyna się zwężenie. Mocz zebrany osobno z każdej nerki nie wykazuje większych różnic w chemizmie obu nerek, w osadzie zaś z nerki prawej obok ciałek białych znaleziono komórki o dużych jądrach o typie komórek nowotworowych. Na zasadzie powyższych danych autor rozpoznał nowotwór górnej części moczowodu, co też potwierdził zabieg operacyjny. Nowotwór był wielkości małego orzecha, sklejony z otrzewną. Histologicznie okazał się nabloniakiem cylindryczno-komórkowym.

P. L e g u e u. **Wrażliwość nerki na wstrząs wywołany sztucznie.** Wydolność czynnościowa, a odporność nerki są to dwa pojęcia zupełnie odrębne. Współcześnie używane sposoby określają tylko czynność nerki; współczynnik d'Ambard'a również nie pozwala wnioskować o odporności nerki. Kiedy się widzi chorego z normalną zawartością mocznika we krwi i normalnym wskaźnikiem d'Ambarda, który w parę dni po usunięciu gruczołu krokowego ginie z objawami zatrucia mocznikiem — trzeba przypuścić, że poza poprawną pozornie czynnością nerki istnieje inny czynnik, z którym trzeba się liczyć — tym zaś jest nadmierna wrażliwość niektórych nerek (*fragilité rénale*). Autor wywołuje sztucznie wstrząs, zastrzykując chorym zakwalifikowanym do operacji środki wywołujące gorączkę (mleko, surowicę i t. p.) i sprawdza powtórnie azotemję i wskaźnik d'Ambard'a. Jeżeli cyfry zmieniają się pod wpływem wstrząsu wyraźnie na niekorzyść, autor wstrzymuje się chwilowo z zabiegiem operacyjnym. Przeciwnie, otrzymując w tych warunkach cyfry te same lub mało zmienione — przystępuje bez obawy do zabiegu i nigdy nie miał żadnej niespodzianki.

W. Lilpop (Warszawa).

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

T. XXXIX/2. Sierpień. 1924.

H e n r y M. W. G r a y. **W sprawie sączkowania. (Some problems of drainage).** Sączkowanie rurkami gumowemi w wielu przypadkach spraw ropnych jest niepotrzebne i szkodliwe. Sączki gumowe uciskają na naczynia i tkanki tworzą zaułki sztuczne i często zamiast sączkować wstrzymują odpływ ropy. To wszystko da się uniknąć przez nacięcie szerokie — przez całą jamę ropnia. Gdy jama ropnia głęboka i z zaułkami — najlepsze wyniki daje — wypełnienie jej — po szerokiem otwarciu — gazą przepojoną hipertonicznym roztworem soli — jak to wprowadził A. W r i g h t. Tego rodzaju sączek pobudza krążenie chłonki i oczyszczanie się dna ropnia.

Opatrunek powinien być tak nałożony, by na sam otwór po nacięciu nie wywierał żadnego ucisku. Autor po kilku (do 6) dniach usuwał gazę i zwykle znajdował czystą wypełnioną ziarniną ranę, która dawała się wtórnie zeszyć. W kilku przypadkach ropni łydki — widział dodatni wpływ leczenia sposobem Willemsa — jak najwcześniejsze ruchy czynne. Mięśnie wyciskają ropę same.

Przy ograniczonym ropniu w jamie brzusznej n. p. w zapaleniu wyrostka robaczkowego, autor wychodząc również z cięć dających dobry przegląd stosunków — usuwa ropę — i oczyszcza gazą ściany ropnia i zeszywa na głucho.

Podobnie w rozlanym zapaleniu otrzewnem. Warunek

zasadniczy — to usunięcie źródła zakażenia i wymaczanie ropy. Sączki gumowe wprowadza tylko do przestrzeni przed otrzewnowej. Jamę brzuszną drenuje tylko, jeśli stan chorego nie pozwala na przedłużanie operacji i oczyszczenie otrzewnej i jeśli w jamie ropnia znajdują obfite naloty i tkanki nekrotyczne. Od czasu stosowania tego rodzaju postępowania śmiertelność po zapaleniach ropnych w jamie brzusznej z 9% spadła na 5%. Równocześnie zmniejszyła się ilość powikłań pooperacyjnych, wywoływanych zrostami w okolicy setonu. Najgorszą stroną drenowania — przedłużającą okres zdrowienia — jest infekcja wtórna — niedająca się uniknąć.

Również w chirurgji mózgu z chwilą, gdy pod koniec wojny zaprzestano sączkowań ran postrzałowych mózgu, a zadowalano się po usunięciu części zmiażdżonych i wycięciu brzegów ran w otokach mózgu — jedynie sączkowanie oslon — wyniki poprawiły się znacznie. W sprawach ropnych stawu kolanowego autor postępuje w myśl zasad Willemsa — będących zupełnem przeciwieństwem sposobów dotychczas stosowanych: nacina staw i usuwa ewentualne ciała obce i tkanki martwicze. Ranę zostawia otwartą bez setonu i poleca choremu zaraz po zbudzeniu się z uśpienia wykonywać ruchy czynne (bierne szkodliwe!) i skłania do jak najwcześniejszego chodzenia. Przyrządów ustalających nie potrzeba — wyniki miał doskonałe.

W ranach postrzałowych z zakażeniem opłucnej zmniejszyła się śmiertelność o olbrzymi procent z chwilą, gdy zaprzestano sączkowania. Zabieg polegał na wycięciu zmiażdżonych tkanek klatki piersiowej w okolicy rany — wyczyszczeniu opłucnej i zamknięciu na głucho komunikacji jamy opłucnowej ze światem zewnętrznym. Płuco rozwija się bardzo szybko. Dalsze leczenie polegało na aspiracji płynu — nawet codziennie. Podobnie postępowano w zakażeniach opłucnej w czasie pokoju: resekcja żebra — oczyszczenie opłucnej — i zeszycie — potem punkcja.

J. S m i t h i Mc C l u r e. **Sympathectomia cervicalis, celem zmniejszenia bólu. (Cervical sympathectomy for the relief of pain).** Po przeglądnięciu i omówieniu dotychczas ogłoszonych przypadków — autorzy opisują dwa własne. W przeważnej liczbie przypadków resekcja splotów współczulnych szyjnych — jednostronna lub dwustronna — zmniejszyła ilość ataków w *angina pectoris* i zmniejszyła ich nasilenie. Zupełne zniknięcie bólu obserwowano tylko przy równoczesnej resekcji pierwszego zwoju piersiowego. Resekcję należy wykonać najpierw po tej stronie, która wykazuje silniejsze promieniowanie bólu, a później dopiero — w razie potrzeby i po drugiej stronie. Lepszych wyników należy się spodziewać w przypadkach, w których ataki bolesne wysuwają się na plan pierwszy, a serce w dobrym stanie, niż u przypadków z wyraźną niedomogą mięśnia sercowego lub wadą serca.

Główne wskazanie do powyższej operacji stanowią: częste i silne napady, zmuszające do zaprzestania pracy i nie występujące po leczeniu wewnętrznem — i poczucie chorego, że punkt ciężkości zaburzeń leży w bolesności napadów. Istniejąca lub grożąca niedomoga mięśnia sercowego stanowi główne przeciwwskazanie.

W. W a l t e r s i J. B o w l e r. **O przygotowywaniu chorych z niedrożnością przewodu żółciowego do operacji. (Preoperative preparation of patients with obstructive faundice).** W klinice Mayo przygotowuje się chorych z żółtaczką do zabiegu operacyjnego podawaniem przez 3 dni przed zabiegiem po 5 cm 10% wodnego roztworu *calcii chlorati* — śródżylnie. Autorzy, by znaleźć odpowiedź na pytanie, czy występujące w okresie pooperacyjnym zapalenia nerek nie są w związku z podawaniem powyższego roztworu — przeprowadzili na psach szereg doświadczeń i stwierdzili, że *calcium chloratum* podane śródżylnie w 10% roztworze znika bardzo szybko z krwobiegu i nie okazuje skłonności do kumulacji. Po dawkach leczniczych zawartość *cal. chlor.* we krwi wraca już po dwu godzinach do normy.

Dawka śmiertelna — przy tym samym sposobie podawania wynosiła 256,4 mg na kilogram wagi (lecznicza wynosi tylko 8 mg) u psów zdrowych, a 386,6 mg u psów z żółtaczką.

Po podawaniu kilkurazowem w dawkach leczniczych — zarówno u zdrowych psów, jak i u psów z żółtaczką — autorzy nie stwierdzili, ani klinicznie, ani drobnowidowo żadnych zmian w nerkach.

Wpływ dawek leczniczych na serce objawiał się zmianą częstości uderzeń. Dawki toksyczne — zwłaszcza na granicy górnej powodowały zmiany silniejsze — aż do drżenia komór i śmierci. Dr. *A. Gruca* (Lwów).

Zentralblatt für Gynäkologie.
Nr. 18. 1924.

F r e y. **Wyniki zwalczania asfiksji płodu w czasie porodu przy pomocy narkozy chloroformowej.** W 35 ciu przypadkach zamartwicy płodu w czasie porodu przekonał się autor, że po zastosowaniu narkozy chloroformowej tętno płodu poprawiało się i to często stale, w innych przypadkach zaś chwilowo. Tłumaczy to autor zmniejszeniem zbyt silnego ucisku na płód w okresie wydalenia, dlatego też sposób ten nadaje się przedewszystkiem do zastosowania w przypadkach zbyt gwałtownych skurczów macicy.

W wielu przypadkach poród następnie odbywa się siłami natury, jeśli zaś mimo narkozy tętno płodu nie poprawia się stale, zyskuje się przez narkozę czas na przygotowanie do ewentualnego zabiegu operacyjnego (kleszcze).

Nr. 19.

E n g e l m a n n. **W sprawie cucenia mocno omdlałych noworodków zapomocą wdmuchiwania tlenu pod ciśnieniem.** Przyrząd, jakim się autor do powyższego celu posługuje, składa się z bomby mieszczącej w sobie tlen i zaopatrzonej w klapę bezpieczeństwa, podobnie, jak przy aparacie R o t h-D r ä g e r a, z małej maski na twarz, opatrzonej w worek gumowy i z wodnego regulatora ciśnienia. Dziecko omdlałe zawiesza się za nóżki, z tchawicy usuwa się śluz a na twarzyczkę daje się maskę. W celu sprowadzenia wydechu uciska się klatkę piersiową w rytmicznych odstępach czasu, oddech zaś przychodzi do skutku pod upływem tlenu, wtłaczanego pod znacznem ciśnieniem. Przy użyciu większej maski z dobrym skutkiem zastosować daje się ten aparat do tego samego celu i u dorosłych. Wahania S c h u l t z e g o w celu cucenia noworodka uważa autor za zabieg niebezpieczny.

S c h r e i n e r. **Czy przy zapaleniu sutka (mastitis) należy pozwolić karmić?** Zdaniem autora przy pierwszych zaraz objawach zapalenia należy stanowczo zaniechać karmienia, pozostawić sutek w spokoju i zastosować środki przeciwzapalne (okład, lód). Wszelkie drażnienie sutka czy to wskutek karmienia, czy to odprowadzania pokarmu działają szkodliwie Niezawsze naturalnie uda się sprawę zapalną powstrzymać od rozszerzania się, co zależy od odporności tkanin i żywotności drobnoustrojów, które zapalenie wywołały. W razie zropienia poleca postępowanie Biera-Klappa. Wyniki swe uważa za dobre, gdyż na 151 przypadków zapalenia sutka tylko w 17 przyszło do zropienia a 114 położnic t. j. 75,5% mogły później karmić.

Nr. 20.

S c h u l t e. **Znaczenie cięcia cesarskiego w leczeniu łożyska przodującego.** Wszystkie przypadki cięcia cesarskiego w klinice B a r t s c h a wykonane przy łożysku przodującem zakończyły się pomyślnie. Poleca autor przed 35 tygodniem ciąży cięcie cesarskie pochwowe — po 35 tygodniu cięcie brzuszne. To ostatnie daje pewność urodzenia dziecka żywego. Niema autor lepszego środka przy łożysku przodującem, jak cięcie cesarskie, o czem zwłaszcza lekarze praktycy winni pamiętać, by przypadki wcześnie do zakładu skierować.

B u r g e r. **O postępowaniu w okresie poporodowym według Baera.** Najważniejszą rzeczą jest, by nie przeszkadzać fizjologicznemu przebiegowi tego okresu porodowego. Dlatego kontrolowanie dna macicy ręką uważa autor za zbyteczne. Jeżeli krwawienie nie przekracza granic fizjologicznych należy zaniechać wszelkich, choćby najmniejszych zabiegów i przeczekać, aż się łożysko samo oddzieli. Jeżeli po oddzieleniu się, łożysko nie odchodzi, należy zastosować ma-

todę Baera a mianowicie, ujmuje się rękami powłoki brzuszne wraz z mięśniami prostymi i unosi się je nieco ku górze. W ten sposób znosi się rozstęp mięśni prostych. Wówczas poleca się rodzącej przeć w celu wydalenia odklejonego łożyska. Gdy to zawodzi, dopiero wówczas można myśleć o zastosowaniu zabiegu Crede'go.

B. (Lwów).

Revue de la Tuberculose.
Nr. 2. 1924.

Negré **Stosunek laseczników rzekomo-gruźliczych do gruźliczych.** Do laseczników rzekomo-gruźliczych zaliczamy: laseczniki kwasoodporne zwierząt zimnokrwistych i laseczniki kwasoodporne pasożytnicze; można je hodować w ciepłocie zwykłej lub wysokiej, podczas gdy laseczniki gruźlicze prawdziwe wzrastają jedynie przy ciepłocie bliskiej 37°.

Laseczniki kwasoodporne zwierząt zimnokrwistych (laseczniki rybie Dubard'a, Bataillon'a i Terre'a, laseczniki węże Silbey'a, laseczniki żmiji Hensemann'a, żaby — Küstera, żółwia — Friedmann'a i Piorkowskiego) są chorobotwórcze tylko dla wyliczonych zwierząt; ciepłokrwiste zachowują się odpornie a tylko na miejscu ukłucia powstają ogniska serowate. Laseczniki kwasoodporne pasożytnicze, (jak laseczniki łojku, ropy, masła, mleka) spotykamy w ziemi, w wodzie, kurzu, skórze i błonach śluzowych człowieka i zwierząt zdrowych. Nie mają one znaczenia chorobotwórczego.

Doświadczenia dotychczasowe nie dowiodły, by laseczniki gruźlicze zwierząt ciepłokrwistych mogły się przeistaczać w laseczniki kwasoodporne zwierząt zimnokrwistych lub laseczniki kwasoodporne pasożytnicze i odwrotnie, by laseczniki rzekomo gruźlicze mogły zamieniać się w laseczniki gruźlicze, właściwe zwierzętom ciepłokrwistym.

Wyniki dodatnie, jakoby osiągane po sprawdzeniu przez szereg autorów wskazują na to, że wyniki te były zależne od zakażeń wtórnych, dodatkowych.

Być może, ze z czasem doprowadzimy do tego, że lasecznik rzekomo-gruźliczy przystosuje się do ustroju żyjącego lub że lasecznik typu ludzkiego lub bydlęcego utraci stopniowo swą zjadliwość. Jeżeli doświadczenia owe doprowadzą do tego, to może spełni to przyroda, gdyż może ona spełnić to, czemu nie podoła człowiek.

Laseczniki rzekomo-gruźlicze są podobne lasecznikom gruźliczym przez pewne cechy biologiczne.

Laseczniki rzekomo gruźlicze są w małym tylko stopniu lub wcale nie są aglutynowane przez surowice przeciwgruźlicze; mogą jednak być uważane jako antygeny w odczynie odchylania dopełniacza, podobnie, jak to się dzieje z laseczką płonicy lub l. siennym a zalezy od ich składu chemicznego zbliżonego do laseczników gruźliczych.

Laseczniki rzekomo-gruźlicze wydzielają również tuberkulinę, lecz jest ona mniej czynna od tuberkuliny zwykłej.

Laseczniki rzekomo gruźlicze nie są zdolne do uczulenia ustroju na laseczniki gruźlicze prawdziwe; tem niemniej mogą one wywołać pewien odczyn charakterystyczny u zwierzęcia chorego na gruźlicę.

Laseczniki rzekomo-gruźlicze, stanowiąc odrębną grupę tylko dzięki swym własnościom biochemicznym są zbliżone do laseczników gruźliczych.

Libert. **Nowe dane o wydalaniu lasecznika gruźliczego przez żółć ludzką. (Przyczynek do kwestji gruźlicy płuc zamkniętej).** Autor z prof. Carnot wykazali obecność laseczników gruźlicy w zawartości, otrzymanej z dwunastnicy. Lasecznik gruźliczy spotyka się stale w soku dwunastniczym chorych z gruźlicą jamistą; badanie żółci może przyczynić się do postawienia pewnego rozpoznania w przypadkach wątpliwych. Laseczniki gruźlicze pochodzą nie z połkniętych cząstek plwocin, lecz są wydalane przez drogi żółciowe, względnie jelitowe i trzustkowe.

Te dawniej otrzymane wyniki uzupełnia autor przez szczepienie soku dwunastniczego świnkom morskim.

Nie można, zdaniem autora, wykluczyć możliwości pochodzenia laseczników z plwocin nawet wtedy, kiedy nie udaje się wykryć wyraźnych zmian w płucach. W wielu przypadkach pomimo niejednokrotnego badania plwocin, po mimo badania treści żołądkowej, pomimo szczepień, bądź plwociny, bądź to tkanek wyciętych, dopiero szczepienie soku dwunastniczego dawało wynik dodatni. Autor wypowiada takie zdanie pozornie paradoksalne: »Gruźlica płuc postępująca jest albo otwartą, albo nie jest gruźlicą«.

Już dawno Calmette i jego współpracownicy wykazali obecność laseczników gruźliczych w żółci, lecz znajdywali je w żółci zwierząt, którym zastrzykiwał laseczniki gruźlicze drogą śródżylną. Frankel i Krauze, Lydja Rabinowicz, Anicille i Kindberg, znajdywali laseczniki w żółci przy badaniach sekcyjnych zwłok ludzkich.

Na zasadzie swych badań oraz danych z piśmiennictwa głównie pracy Aubertin'a i pracy Fread i Black, autor dochodzi do wniosku, że laseczniki mogą znajdować się w żółci, podczas gdy plwocina i zawartość żołądkowa i dwunastnicowa ich nie zawiera. Istnieją dwa źródła, z których laseczniki mogą pochodzić:

1. płuco, gdy laseczniki są obecne w plwocinach, lub soku żołądkowym względnie dwunastnicowym, lub

2. wątroba, gdy laseczniki są znajdywane jedynie w żółci lub soku dwunastnicowym.

Th. i J. Stephani. **O wahaniach formuły Arneth'a w przebiegu gruźlicy płuc i o jej znaczeniu rokowniczem.** Pierwsze prace Arneth'a o wahaniach liczbowych ciałek białych obojętnochłonnych wielojądrzastych w krwi pochodzą z roku 1904 i 1905. Zdaniem autora wahania formuły Arnetha w przebiegu gruźlicy odbywają się podług pewnych ustalonych praw. Arneth dzielił ciałka obojętnochłonne na 5 grup, stosownie do liczby jąder i u człowieka zdrowego otrzymywał następujące liczby:

I gr.	II	III	IV	V
5	35	41	17	2

Formuła była odchylona w lewo, kiedy pierwsze grupy zwiększały się w stopniu znacznym kosztem grup ostatnich.

Odchylanie w lewo spotykamy w wielu stanach chorobowych ostrych lub przy pewnych warunkach życia anormalnego, jakiem jest życie Europejczyka w klimacie zwrotnikowym.

Możliwe są pewne zmiany w formule fizjologicznej.

Podług Arneth'a formuła w chorobach ostrych zakaźnych wykazuje tem większe odchylenie na lewo, im stan jest cięższy, t. j. gdy ustrój źle się broni. Sprawa była kontrolowana przez wielu już badaczy. Zdaniem jednych wnioski Arneth'a były fałszywe; odchylanie nie jest prawidłem w cierpieniach zakaźnych (Naegeli). Bywają leukocyty normalne o sześciu i siedmiu jądrach (Politzer). Inni twierdzą, że obojętnochłonne są zwykle jednojądrzaste i że segmentacja jądra jest wytworem sztucznym (Bournoff i Brugsch). Bonsdorf proponował wyrazić odchylanie zapomocą jednej liczby składającej się z sumy liczb każdej grupy, pomnożonej przez liczbę wyrażającą kolejność danej grupy, n. p.:

$$(5.1) + (3\ .2) + (41.3) + (17.4) + (2.5) = 276.$$

Największe odchylenia autora dochodzą do liczby 108; przy gruźlicy odchylenia na prawo nie spotyka się.

Dla zdrowej kobiety formuła wyraża się liczbą 240—250, dla mężczyzny 250—260. Liczba Bonsdorfa pozwala od pierwszego wejrzenia zdać sobie sprawę ze stopnia odchylenia. Pozwala ona również dla każdego przypadku tworzyć krzywą formuły, jak to czynimy z krzywą ciepłoty lub wagi.

Przypadki własne autor dzieli na grupy, stosownie do tego, czy badał je raz, czy wielokrotnie.

Na zasadzie badań grupy pierwszej, w której krew była badana jednokrotnie a która wykazuje liczby mniejsze od 200, autor dochodzi do wniosku, że wielkie odchylenie w formule odpowiada bardziej — ogólnemu złemu stanowi niż ciężkim zmianom miejscowym. Jeżeli chory z dużemi zmianami wykazuje odchylenie formuły, to takież odchylenie może wykazać również chory lżejszy, lecz mało odporny na zakażenie. Poza odchyleniem należy zwrócić też uwagę na postać jądra.

Jądra ciałek w pierwszych dwóch grupach, więc ciałka z jednym lub dwoma jądrami lecz nieregularne, z występującymi niemi w różnych kierunkach — wykazujące skłonność do segmentacji — wskazują na dobre rokowanie. Jądra

okrągłe, regularne, bez skłonności do dzielenia — uważane są za źle rokujące. Następna grupa przedstawia przypadki z formułą ponad 200. Są to przypadki ze zmianami mniej rozległemi lub z większą odpornością ustroju.

Do następnych grup należą takie, w których autor badał krew kilkakrotnie. Są tu przypadki, kiedy każde badanie wykazuje coraz większe odchylenie na lewo.

Są to przypadki, w których stan zdrowia stale się pogarszał; w przypadkach tych widziano również jądra okrągłe. W przypadkach, gdzie po pierwotnem odchyleniu na lewo następowało przesunięcie się na prawo — widziano poprawę stanu zdrowia.

Istnieją formuły stałe i formuły, ulegające wahaniom, stosownie do zmian odbywających się w ustroju.

Przy leczeniu odmą sztuczną, gdy płuco przestaje być uciśnięte, następuje odchylenie na lewo; przy nowem uciśnięciu następuje przesunięcie na prawo. Formuła wyraża — stosunek jaki istnieje między zakażeniem a zdolnością obrony. Formuła zdradza odchylenie na lewo, kiedy jeszcze nie widzimy klinicznie objawów pogorszenia stanu chorego; dopiero po pewnym czasie wykrywamy nowe ogniska. Gdy znajdujemy nowe ogniska bez odchylenia formuły na lewo — znaczy to, że zmiany są niewielkie i nie należy stawiać rokowania złego.

W gruźlicy płuc dorosłych formuła wykazuje tem większe odchylenie na lewo, im gorzej ustrój broni się przed zakażeniem. Formuła Arneth'a nie jest swoistą dla gruźlicy płuc. Ma ona znaczenie rokownicze, niema natomiast znaczenia rozpoznawczego. Na podstawie formuły możemy wnioskować, czy mamy do czynienia z cierpieniem banalnem, przejściowem, czy też z pogorszeniem się istotnem sprawy chorobowej. Dr. *A. S. Tenenbaum* (Łódź).

Kazanskij Medicinskij Żurnał
Nr. 1—6. 1924.

S. Szczerbakow. **Praca gruczołów wydzielniczych żołądka przy zadziałaniu pilokarpiny, fizostygminy i adrenaliny.** Doświadczenia autora na psach z izolowanemi żołądkami według Pawłowa dowiodły, że pilokarpina niewątpliwie jest bodźcem wydzielniczym dla gruczołów wydzielniczych żołądka; wzmagając wydzielanie soku żołądkowego jednocześnie zwiększa jego zdolność trawienną, kwasota przytem nie zmienia się, pomimo znacznej ilości wydzielającego się soku. Pilokarpina zwłaszcza w małych dawkach, nie powodujących żadnych oznak otrucia, wybitnie wzmaga trawienną zdolność soku żołądkowego. Z powyższego faktu, iż pilokarpina zupełnie nie wpływa na kwasotę, autor wnioskuje, że działa ona wybiórczo tylko na układ głównych komórek pepsynowych, na inne zaś komórki pozostaje bez wpływu. Fizostygmina, zmniejszając wydzielanie soku żołądkowego, obniża kwasotę jego a wzmaga trawienną jego zdolność. Adrenalina podana podskórnie zwierzętom doświadczalnym nie wpływa na ilość wydzielanego soku, natomiast kwasota i trawienna jego zdolność znacznie maleją, co zależy prawdopodobnie od anemji, wywołanej działaniem adrenaliny na naczynia.

H. Mizkina i L. Rachlina. **O leukocytozie w różnych naczyniach.** Na podstawie 45 spostrzeżeń, w których dokonano 450 porównawczych badań leukocytozy we krwi z żył i naczyń włoskowatych oraz różnicowania, według Schillinga, autorowie przychodzą do wniosku, że zawartość ciałek białych we krwi z naczyń włoskowatych skóry i żył kończyn nie jest jednakowa. Różnica w bezwzględnych cyfrach jest tem większa, im większą jest liczba ciałek białych. Przy stale powtarzających się badaniach co 20' w ciągu 2 godzin okazuje się, że zawartość leukocytów we krwi z żył i z naczyń włoskowatych ulega wahaniom. Wahania te we krwi żylnej mają bardziej jednostajny charakter i amplituda ich jest nieznaczną, w naczyniach włoskowatych natomiast spostrzega się bardziej znaczne wahania w zawartości leukocytów, w ciągu badania, nie łączące się ze zmianą gatunkową ich składu. Przełom leukocytarny we krwi z naczyń włoskowatych występuje zupełnie niezależnie od najrozmaitszych podrażnień pokarmowych, co wskazuje, że próba Widala dla określenia czynnościowej wydolności wątroby nie posiada znaczenia klinicznego. Należy pamiętać, że wszelakie czynniki, wpływające na światło przekroju naczyń i szybkość prądu krwi, mogą również wpływać na zawartość leukocytów w odpowiednich odcinkach układu naczyniowego.

M. Fridland. **Fizjologja patologiczna obustronnej odmy piersiowej.** Autor na podstawie doświadczeń swoich na 32 psach, 8 kotach i 3 królikach wytworzenia obustronnej odmy piersiowej uważa, że klinicysta obecnie zdobywa naukowe podstawy do uzasadnionej interwencji w przypadkach obustronnego ropniaka opłucnej lub przez wykonanie obustronnej sztucznej odmy piersiowej, przez nikogo jeszcze nie stosowanej u człowieka.

W. Sokołow. **Przeszczepienia narządów i stosunek ich do odczynów odpornościowych.** Autor zastanowił się nad kwestją wpływu przeciwciał znajdujących się w ustroju albo powstających w nim po przeszczepieniu i nad stosunkiem obecności tychże przeciwciał do wyników powodzenia przeszczepiań wogóle. Przy homoplastyce obecność organospecyficznych przeciwciał w ustroju osobnika, któremu wycinek z narządu przeszczepienia, wyraźnie obniża widoki powodzenia organotransplantacji. Nieznaczne obumarcie komórek tkanki przeszczepionej tem łatwiej prowadzi do wyprodukowania w ustroju swoistych przeciwciał, które zabójczo oddziaływują na pozostałe części wycinków przeszczepienia, zdolne jeszcze do życia. Z chwilą rekonstrukcji prawidłowych warunków odżywienia w wycinkach przeszczepianych, komórki te okazują przeciwdziałający wpływ na szkodliwe przeciwciała, które stopniowo znikają z soków ustroju. Stopień intenzywności produkcji przeciwciał, z drugiej zaś strony szybkość rekonstrukcji normalnych warunków odżywiania w wycinkach przeszczepienia wpływają na zdolność i powodzenie przeszczepień. W życiu praktycznem przy stosowaniu przeszczepień u ludzi wskazanem jest przedewszystkiem badać krew na obecność w niej swoistych przeciwciał tego narządu, który zamierza się przeszczepić, gdyż niejednokrotnie przy pewnych sprawach zanikowych ustroju wytwarzają się w nim przeciwciała, skazujące przeszczepienie na zupełne niepowodzenie.

J. Makarow. **O obrzękach bezbiałkowych u dzieci.** Autor spostrzegał na oddziale klinicznym przeszło 238 przypadków obrzęków bezbiałkowych u dzieci. Najbardziej stałym objawem tego schorzenia poza rozległemi obrzękami, puchliny opłucnowej i osierdziowej, były objawy ze strony układu serco-naczyniowego. Nadmiernego moczenia autor nie mógł zauważyć we wszystkich przypadkach, natomiast częściej spostrzegał ze strony układu nerwowego pewne zwiotczenie i apatję. Rokowanie przy obrzękach bezbiałkowych u dzieci określa się stopniem wyniszczenia dziecka chorobą i jej komplikacjami, poprzedzającemi okres głodzenia. Etjologja tych obrzęków bezbiałkowych jest nader złożoną, najważniejszą rolę oczywiście odgrywa głodzenie i szereg dodatkowych momentów, jak predyspozycja osobnicza, oziębienie i zapewne jeszcze inne nieznane czynniki. Leczenie polegało przedewszystkiem na polepszeniu i wzmożeniu pożywienia, gdyż wpływ najrozmaitszych lekarstw nie dawał wyników dodatnich.

J. Dajchowski. **W sprawie leczenia zapalenia płuc.** Dobre wyniki stosowania chininy przy zapaleniu płuc wyrażają się znacznem zmniejszeniem się odsetka śmiertelności oraz wyraźnem skróceniem przebiegu gorączkowego. Przy leczeniu chininą coraz mniej występują na pierwszy plan objawy toksemji pneumokokkowej. Najlepiej stosować chininę w postaci zastrzyków podskórnych w dawkach 0,5 *pro die*, z przerwą 48 godzinną po 2-ch zastrzykach. Zwiększanie dawki chininy lub zmiana częstości podawania tego leku nie wpływają na przebieg sprawy zapalnej. Przy tym sposobie leczenia autor nie spostrzegał ani razu ujemnego działania, które tak często się widzi przy stosowaniu optochininy. Leukocytoza i wzór leukocytarny są wyrazem bardzo czułej reakcji ustroju i objaw ten pozwala na określenie stanu walki ustroju z zakażeniem oraz daje pewne podstawy do ścisłego rokowania.

P. Mikołajew. **Próby stosowania śródżylnych zastrzyków rozczynu winianu potasowo-antymoczowego (kalii stibio**

tartarici) przy zimnicy i durze powrotnym. Śródżylne zastrzyknięcia roztworu winianu potasowo-antymonowego, stosowane dwurazowo w dawkach 0,08 i jednorazowo w dawce 0,18 nie dały żadnego wyniku leczniczego w przebiegu duru powrotnego. W ostrych okresach zimnicy *(febris tertiana)* śródżylne zastrzyknięcie tego środka stale powoduje spadek t^0, polepsza przedmiotowo i podmiotowo stan chorego, ale nie unicestwia w zupełności pasożytów. Wyjątkowo dodatnio wpływają powyższe zastrzyknięcia w przypadkach zadawnionej, przewlekłej zimnicy, uodpornionej już chininą. W tych przypadkach śródżylne zastrzyknięcia szybko przerywają napady i na dłuższy przeciąg czasu wyjaławiają obwodową krew. Leczenie chininą z następowem zastrzyknięciem wspomnianego preparatu prowadzi według autora do szybkiego zniknięcia pasożytów zimniczych z krwi obwodowej. Ciężarne znoszą ten preparat bez zarzutu.

M. Borona i A. Mirkina. **O odczynie Friedberga i Reiss'a w durze osutkowym.** Chorzy na dur osutkowy, w przeciwieństwie do ludzi zdrowych, posiadają niewątpliwie obniżoną wrażliwość skóry na odczyn wprowadzenia podskórnego lub śródżylnego zabitej hodowli *b. proteus vulg.* X_{19} Z powodu znacznego odsetka odczynów ujemnych u zdrowych i dodatnich u ludzi chorych na dur osutkowy wspomniany odczyn nie może być pewnym środkiem rozpoznawczym niepewnych przypadków duru osutkowego. Swoistość odczynu zależy zapewne od szczepu hodowli *b. proteus vulg.* X_{19} i możliwem jest, że przy użyciu odpowiedniego szczepu uda się podwyższyć swoistość odczynu do granic, podanych przez Friedberga i Reiss'a. Obecność lub brak tego odczynu u chorych na dur osutkowy nie znajduje się w żadnej łączności z odczynem Weil-Felixa.

F. Fink i P. Smirnow. **Uproszczony sposób przyrządzania pożywki Endo.** Autorowie proponują przepis przyrządzania, według którego pożywka Endo nie wymaga zupełnie wyskoku, wody przekroplonej, pipetek, sączenia, i jest dostępny każdej chwili w najskromniejszych warunkach. Przyrządza się zwykłym sposobem obojętny 3% agar w ilości 50 cm^3 i wyjaławia się przy 120° C w ciągu 20 minut. Do agaru dodaje się 1,0 cukru mlekowego na 100 części agaru. Dalej powinno się odważyć sody krystalicznej w stosunku 0,1 na 100 i dodaje się do rozpuszczonego agaru. Prócz tego odważa 0,02 fuksyny krystalicznej i 1,0 siarczanu sodu na 100 części agaru i oddzielnie się rozciera aż do stanu sproszkowanego. Otrzymaną mieszankę sproszkowaną dodaje się do rozpuszczonego agaru z cukrem mlekowym i ustawia się na łaźni wodnej na przeciąg 20 do 30 minut aż do zupełnego rozpuszczenia. Przyrządzony w ten sposób agar rozlewa się na płytki i po ostygnięciu przedstawia doskonałą pożywkę do zasiewu.

H. Grinburg. **Operacja Leriche'a przy bólu piekącym (causalgia).** Autor opisuje doskonały wynik operacji Leriche'a u chorego, u którego przez dłuższy czas bezcelowo stosowano najrozmaitsze leczenie. Po dokonanym zabiegu znamienne bóle zupełnie znikły, zaburzenia wazomotoryczne oraz troficzne ustąpiły, ruchy się polepszyły.

W. Janusz (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo niemieckie.

Jahr skurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1924. Zeszyt 10. (Październik). Cena 2 mk niem.

Treść: 1. Prof. Morawitz i dr. Bogendörfer: Zakażenia paciorkowcowe ze stanowiska internisty. — 2. Morgan: Przegląd publikacyj o chorobach zakaźnych. — 3 Neufeld: O uodpornieniu i o odporności. — 4. Prof. Schnabel: Aktualne zagadnienia mikrobiologji.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie ogólne w dniu 24 czerwca 1924 r.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

Sekretarz stały A. Gluziński odczytuje wniosek Zarządu W. Tow. lek. Wobec zamiaru przeniesienia pisma Polskiej Gazety lekarskiej do Warszawy Spółka Wydawnicza zwróciła się do Zarządu T-wa, by gazeta ta stała się organem W. T. lek. Zarząd Twa, oceniając doniosłość sprawy dla obydwóch stron zgłasza wniosek: W. T. lek. wybiera komisję dla rozpatrzenia sprawy i przedstawienia wniosku, na jakich warunkach Two. mogłoby przyjąć tę propozycję. Komisja obowiązana jest przedstawić wyniki swej pracy Zarządowi na jednem z najbliższych posiedzeń powakacyjnych.

Po dyskusji, w której zabierali głos Pawiński, Wł. Janowski, sekretarz stały A. Gluziński jednogłośnie przyjęto wniosek Zarządu.

Sekretarz stały A. Gluziński w imieniu Zarządu proponuje wybrać do Komisji 5 członków.

Przez głosowanie wniosek przyjęto i zdecydowano, aby głosowanie było tajne.

Do Komisji zostali wybrani kol.: Ark. Puławski, Cz. Stankiewicz, Wacł. Łapiński, Koelichen, Guranowski.

Przewodniczącym z urzędu jest wiceprezes Tow. kol. K. Zieliński.

Kol. Węgierko wygłosił rzecz p. t. **Wpływ równoczesnego podawania insuliny i dwuwęglanu sodowego na ludzi zdrowych i dotkniętych cukrzycą.** (przeznaczone do druku w Pol. Gaz. Lek.).

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie kliniczne w dniu 16 września 1924 r.

Przewodniczy prezes A. Leśniowski.

1. Kol. Milewski wygłosił rzecz p. t. **O kapilaroskopji i jej znaczeniu dla kliniki.**

W dyskusji kol. A. Gluziński zaznacza, że do kapilaroskopji odnosi się z pewnem uprzedzeniem, choć, być może, źle jest uprzedzać się. Osiem lat temu Groer mówił o badaniu naczyń włosowatych u człowieka zapomocą mikroskopu i wtenczas powstały wątpliwości co do badania dokładnego naczyń włosowatych wobec braku światła z dołu. Mówca badał obrazy naczyń włosowatych u żab i obrazy te nawet w przybliżeniu nie dadzą się porównać z obrazem mikroskopowym u człowieka. Kto widział w pletwie żab cudowne obrazy, ten, patrząc na naczynia włosowate u człowieka, nie nabrał przekonania, aby ta metoda dała jakieś wskazówki rozpoznawcze. Być może przez wprawę dojdzie się do pewnych wyników, które będą miały znaczenie dla kliniki. Mówca podkreśla, że prelegent, wspominając o pracach obcych badaczy, nie wspomniał o badaniach, dokonanych nad działaniem toksyn błonicy na naczynia w pracowni patologji ogólnej i doświadczalnej przez Raczyńskiego. Kol. Pawiński przypomina, że Malpigius pierwszy zajął się badaniem naczyń włosowatych w 50 lat po stwierdzeniu przez Harveya istnienia krwioobiegu. Krążenie włosowate ma ważne znaczenie i można powiedzieć największe przy wymianie elementów odżywczych dla tkanek. Nowsze badania wykazały że, jeśli stwierdza się wysokie ciśnienie w tętnicach, to w naczyniach włosowatych Landerer'a ono może nie być wysokie. Istnieje pewna samodzielność tych naczyń, pewna niezależność czynnościowa. Wykazano, że w drobnych naczyniach włosowatych istnieją rozgałęzienia nerwu współczulnego i to ma znaczenie. W nerkach stwierdzono wielkie zmiany w naczyniach włosowatych w cukrzycy, miażdżycy. Huchard pierwszy podniósł wpływ zatrucia na naczynia, zarzucano mu, że wpływ ten nie może trwać wiecznie. Naczynia odgrywają wielką rolę u zimnokrwistych, a szczególniej u węgorza — *rete mirabile.* Zmiany w naczyniach włosowatych odgrywają wybitną rolę w czynności serca.

Kol. Rzętkowski wyjaśnia, że mówca nie mówił o kapilaroskopji wogóle. Oglądamy naczynia włosowate skóry, a nie narządów wewnętrznych. Tu można mówić o zjawiskach w skórze, wywołanych przez czynniki cieplne, w obrzękach. Rz. rozumie, że nie należy przystępować z optymizmem. Metoda ta daje niewiele, jest subjektywna, fotografowanie obrazów utrudnione, a to dopiero dałoby pewną ścisłość w badaniu. Dziś stoimy na punkcie subjektywności, co jest źródłem błędów. Widząc cząsteczkę naczyń włosowatych, spostrzegamy rzeczy ciekawe. W przyszłości uda się rozszerzyć metodę nie tylko do rozpoznawania stanów miażdżycy, obrzęków. Obecnie chodzi o ustalenie pewnych typów naczyń włosowatych skóry, które odpowiadają pewnym typom konstytucyjnym, o korelacji wydzieliny wewnętrznej, o oddziaływaniu naczyń na czynniki farmakologiczne. Badania te będą miały znaczenie dla chirurgji. Będziemy mogli oceniać szybkość gojenia się ran. Kol. Gutowski stwierdza, że co się tyczy oceny szerokości światła naczyń włosowatych, metoda anatomiczna nie nadaje się, gdyż daje pojęcie o stanie naczyń tylko w pewnym momencie statycznym. Naczynia włosowate można rozszerzyć tak, że zwierzę może się wykrwić do naczyń włosowatych. Histamina u psów działa tak, że ciśnienie nie daje wahań, serce jednak działa — cała krew znajduje się w naczyniach włosowatych. We wstrząsach urazowych widzi się taki sam obraz, jak po histaminie u psów. W zapaleniu otrzewnej pojawia się znowu porażenie naczyń obwodowych. Pod mikroskopem jedne naczynia rozszerzają się inne zwężają. Nie wiemy, na czem polega mechanizm tego zjawiska. Czy działa tu brak tlenu, czy też inne substancje. Robaczkowy ruch naczyń włosowatych kwestjo

nują, uważając to zjawisko za niewyjaśnione. Ujęcie całokształtu naczyniowego, jako zagadnienia nerwowo mięśniowego da się porównać do innych spraw nerwowych.

Kol. Trzciński czyni zastrzeżenia w sprawie przedstawionego przypadku, który, jego zdaniem, nie wygląda na chorobę Reynaud'a, odpowiada więcej endoarteritis obliterans, czy też przystankowemu chromaniu. Obserwowane przez T. schorzenia Reynaud'a wyglądały inaczej. Kol. Kołodziejski uważa, że przedstawiony przypadek nie jest chorobą Reynaud'a; przeciw temu przemawia zanik tętna, różnica w zachowaniu się tętna pod wpływem czynników cieplnych. W danym przypadku jest sprawa nieznana, niespecyficzna jednak, jak sprawa *endoarteritis obliterans*. K. proponuje wykonać zespolenie tętniczożylne. Kol. Komocki wypowiada zdanie, że pomiędzy tętnicami i żyłami naczynia włosowate stanowią podstawową rzecz, wyłączyć tego układu i rozpatrywać go oddzielnie nie można. Układ włosowaty stanowią nerki, otoczone tkankami. W naczyniach włosowatych skóry również odbywa się wymiana materji.

W odpowiedzi kol. Milewski zaznacza, że w swojem przemówieniu kładł nacisk na metodykę badania. Prace ścisłe określą zmiany chorobowe w różnych schorzeniach. Obecnie już można rozpoznać niektóre cierpienia na zasadzie obrazu kapilaroskopji. W chorobach nerek jest pewien charakterystyczny obraz, w innych schorzeniach inny, stale powtarzający się w danem schorzeniu.

Milewski podkreśla, że nie jeden objaw kapilaroskopji, ale całokształt objawów stanowi o rozpoznaniu. Główna przyszłość kapilaroskopji mieści się w określaniu czynności naczyń włosowatych. *W. Kowalski*, sekretarz doroczny.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 5 listopada 1924 r.

Przewodniczący prof. Januszkiewicz, sekr. dr. Trzeciak.

Obecnych 78 osób, w tej liczbie członków Twa 54 osób.

1. Odczytanie protokółu z dnia 8 października r. b.
2. Na wniosek Prezesa zebrani uczcili przez powstanie pamięć zmarłego w dniu 20. X. r. b. członka Towarzystwa, Władysława Golimonta.
3. Kol. Bujalski wygłasza **wspomnienie pośmiertne o Władysławie Golimoncie**.
4. Kol. Jasiński zdaje sprawę z **Jubileuszu Lubelskiego Twa lekarskiego**, który się odbył w dniu 7. IX. r. b.
5. Kol. Pawłowski pokazał chorego na **morbus Addisoni** z II. Kliniki Chor. Wewn. U. S. B. (Klinika terapeutyczna). Dany przypadek cisawicy jest godny uwagi z tego względu, że zasadnicze cechy cierpienia są tutaj jasno wykazane w obrazie klinicznym, niezaciemnionym drugorzędnemi objawami chorobowemi. Wywiady wskazują, że chory od roku z górą słabnie bez żadnej dla niego widocznej przyczyny i doszedł wreszcie do zupełnego wyczerpania i upadku sił. Na skórze stwierdza się ciemno-brunatne zabarwienie, zwłaszcza na twarzy, szyji, powierzchni tylnej rąk, okolic pachowych, pachwinowych, narządów płciowych, brodawek sutkowych, kresy białej, oraz miejsc dawnych uszkodzeń skóry. Natomiast paznokcie, dłonie i podeszwy są białe. Charakterystycznemi są ostre odgraniczenia brunatnej powierzchni grzbietu kiści od białej powierzchni dłoni oraz szaro-brunatne bruzdy bardzo jasno wyrażone na tle białej dłoni, wreszcie sinawo-brunatne plamy na błonach śluzowych warg i policzków. W przypadku tym łatwo można wykluczyć: czerniaczkowość arsenową, *arsenomelanosis*, srebrzycę *argyria* i ołowicę *saturnismus* i rozmaite ostudy pochodzenia charłaczego. Ze strony narządów wewnętrznych należy zaznaczyć niewielkie powiększenie śledziony i gruczołów chłonnych, oraz obniżenie ciśnienia krwi, które wynosi 85 — 50 (Pachon; brak soku żołądkowego, limfocytoza, wynosząca 59% przy leukocytozie — 9.700. Ciepłota ciała dochodzi do 37.5. Prześwietlanie klatki piersiowej wyraźnych zmian nie ujawniło. Odczyn skórny Pirqueta jest dodatni, odczyn Bothello ujemny, WR ujemny. Opadanie krwinek czerw. jest znacznie przyśpieszone. Ilość azotu niebiałkowego w surowicy krwi jest normalna. Cukier we krwi wynosi 0.073%. Opierając się na przytoczonych danych, należy przyjąć gruźlicę za najbardziej prawdopodobną przyczynę schorzenia nadnerczy — pierwotnego lub wtornego, ale z ogniska o tyle ukrytego, że się go nie dało ujawnić.

Dyskusja: Kol Abramowicz badał u chorego ciśnienie w oczach i dno oka, lecz zmian chorobowych nie stwierdził. Otóż ten brak objawów chorobowych ma także pewne teoretyczne znaczenie, a to ze względów następujących: wiadomo, że dożylne wstrzyknięcie adrenaliny wywołuje wzmożone parcie krwi, a co zatem idzie, ciśnienie wśródgałkowe, jak to Wessely stwierdził. Dalej przy jaskrze spotykamy się ze wzmożonem ciśnieniem krwi. Stąd wynikałoby, że w przypadku przedstawionym niedomogi nadnercza i obniżonego parcia krwi, mogłoby istnieć obniżone ciśnienie wśródgałkowe — hypotonja. Lecz nie stwierdzono. Kol. Trzebiński zapytuje, jakie jest tłómaczenie *achylia gastrica* w przebiegu choroby Addisona? Kol. Obiezierski zwraca uwagę, że choroba Addisona jest chorobą rdzennej części nadnercza, choroba zaś kory daje tak zwany hipergenitalizm, przedwczesny rozrost organów płciowych. Kol. Wirszubski zauważa, że utożsamianie choroby Addisona z niedomogą nadnerczy nie odpowiada zupełnie rzeczywistości. Wiadome są fakty, że mimo obecności objawów tej choroby substancja nadnercza okazała się nietkniętą i odwrotnie. Tłómaczy się to tem, że pochodzenie objawów choroby Addisona jest powikłane, a mianowicie, że nadnercze ma łączność fizjologiczną z systemem chromo pokrewnym — grupą komórek w okolicy tętnicy głównej brzusznej i z układem współczulnym w brzusznej części, więc brak czynności nadnercza musi się powetować czynnością narządów innych. Poza tem nerw trzewny zawiera włókna wydzielnicze dla nadnercza. Zasługuje na uwagę, że niedomaganiu nadnercza, jak wiadomo z kliniki, towarzyszą braki istoty mózgowej w postaci anencephalji, mikrocephalji, haemocephalji i t. p., co tłumaczy się tem, że substancja nadnercza jest warsztatem produkującym lecytynę, niezbędną część istoty mózgowej. Neurolodzy roszczą pretensję o włączenie choroby Addisona do dziedziny neurologji, na dowód czego powołują się na podręcznik Bingego, w którym w rozdziale »Dysglanduläre Symptom komplexe«, autor zamieszcza obok obrzęku śluzowego, akromegalji, choroby Basedowa i choroby Frölicha również chorobę Addisona. Kol. Hanusowicz zapytuje, jakie sposoby naświetlania stosowano. Kol. Jasiński zaznacza, że u dzieci przebieg Addisona jest szybszy, a objawy mózgowe i żołądkowe są wybitne; przyczyny są te same. Wylew krwawy w nadnerczu u dziecka 5 cio letniego (piśmiennictwo rosyjskie i niemieckie). Kol. Zarcyn podnosi, że choroba Addisona przebiega często bez zabarwienia skóry. Kol. Januszkiewicz zauważa, że w chorobie Addisona są wciągnięte w proces zwykle obie warstwy nadnercza; wytwarzanie adrenaliny odpada. Nadnercze ma znaczenie odtruwające, a to dzięki lipoidom wytwarzanym w istocie korowej. Przyczyna niedostatecznego wydzielania soku żołądkowego jest niewyświetlona.

6. Kol. Lewande, pokazuje preparat drobnowidowy i makroskopowy, nowotworu złośliwego krtani u chorego w wieku około 50 lat, otrzymany drogą operacyjną przed 12 dniami. Chory przybył do Szpitala Św. Jakóba w stanie sufokacji i dlatego natychmiast wykonano tracheotomję. Zapomocą wziernikowania krtani wykryto obecność w krtani nacieczenia i zwężenie szczeliny do niemal zupełnego jej zamknięcia. Po 18 dniach wykonano wycięcie krtani. Żadnych powikłań ze strony płuc nie było. Chory chodzi. Drobnowidzowe badanie wykazało gruczolakoraka krtani.

W dyskusji kol. Szmurło zapytuje, czy gruczoły były powiększone?

7. Kol. Jabłonowski wygłasza odczyt: **Wskazania dla przerwania ciąży w chorobach nerek**.

Wnioski: Wskazania do przerwania ciąży można ustalić w sposób następujący: w nefrozach wywołanych samą ciążą należy ją przerwać; jeżeli początek i przebieg nefrozy jest gwałtowny, jeżeli objawy nie ustępują pod wpływem odpowiedniego leczenia, a natomiast występuje znaczne powiększenia ciśnienia lub zmiany w siatkówce. — W zapaleniu przewlekłem nerek ciąża zasadniczo jest przeciwwskazaną, jeżeli zaś nastąpiła, należy ją przerwać w razie jakiegokolwiek pogorszenie ze strony nerek. W przypadkach zapalenia miedniczek, wywolanego ciążą, należy zastosować cewnikowanie moczowodu i tylko wtedy, jeżeli nie nastąpi poprawa, ciążę należy przerwać. W przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych wskutek kamicy ciążę należy przerwać, jeżeli w krótkim czasie nie ustąpią objawy zapalenia. W gruźliczem zapaleniu miedniczek oraz w roponerczu gruźliczem ciążę bezwzględnie należy przerwać. U ciężarnych, które mają jedną nerkę, ciążę należy przerwać przy obecności nawet niewielkich zmian w moczu.

Dyskusja: Kol. Karnicki podnosi, że należy odróżniać zatrucie ciążowe, od stanu zapalnego nerek. Zatrucie ciążowe wtedy tylko może być wskazaniem do przerwania ciąży, jeżeli stwierdzi się stopniowe wzmożenie napięcia tętna. Ilość białka nie jest wskaźnikiem i przepowiednią drgawek porodowych, natomiast stałe wzmożenie tętna do pewnego stopnia może poprzedzać ich wystąpienie. Ostry nieżyt nerek, zdaniem niemieckich autorów, w czasie ciąży ma bardziej łagodny przebieg. Natomiast przewlekły nieżyt nerek jest chorobą bardzo ciężką w czasie ciąży i przerwanie ciąży jest wskazane. Co do zapalenia miedniczek nerkowych, zdaniem mówcy, należy ciążę przerywać, tembardziej, że zmniejszenie światła moczowodów jest spowodowane ogólną zastoiną, która aż do końca ciąży się nie zmniejsza. Kol. Abramowicz: kol. Jabłonowski podaje, że zmiany siatkówkowe, spowodowane białkomoczem u ciężarnych, są absolutnem wskazaniem do przerwania ciąży. Mówca przytacza pogląd większości okulistów na tę sprawę. Otóż przerwanie ciąży jest bezwzględnie wskazane w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek, które przeważnie w pierwszych miesiącach ciąży powoduje zmiany w siatkówce. Natomiast zmiany siatkówkowe, wywołane tylko ciążą, t. zw. *retinitis gravidarum*, które występują głównie w ostatnich miesiącach i odznaczają się pewną łagodnością w przebiegu, nie upoważniają do bezwzględnego przerwania ciąży, tembardziej, jeżeli wchodzą w grę względy rodzinne, jak zachowanie dziecka i t. p. Kol. Szmurło radzi, ażeby w cierpieniach nerek kierować się w sprawie przerywania ciąży temi samemi wskazówkami,

jakie istnieją w stosunku do innych cierpień ważnych narządów oraz do takich chorób, jak gruźlica. Spostrzeżenia poważnych badaczów, dokonane na bardzo wielkim materjale, obejmującym dziesiątki tysięcy przypadków, wykazały, że przerywanie ciąży w gruźlicy poza przypadkami szybko przebiegającemi z rozpadem, daje wyniki gorsze, aniżeli doprowadzenie ciąży do końca. To samo stwierdzić można u chorych na suchoty krtaniowe kobiet ciężarnych, u których, z wyjątkiem przypadków gruźlicy rozpadowej, ciąża może przebiegać bardzo pomyślnie, nie wywołując cięższych zaburzeń. Nie trzeba zapominać, że ciąża jestto stan fizjologiczny, w którym ustrój kobiecy z początku wytrącony ze zwykłej równowagi i nieraz w pierwszej połowie ciąży ciężko znoszący zmiany w nim zachodzące, w drugiej przystosowuje się do nowych warunków i czuje się doskonale, nie doświadczając żadnych zaburzeń. Wyciągania z niepewnych danych zbyt daleko sięgających wniosków, zwłaszcza w tak poważnej sprawie, jak ciąża i jej przerwania w stanach chorobowych, należy unikać. Zbyt pośpieszne i łatwe przerywanie ciąży przez lekarzy przyczyniło się w pewnej mierze do rozwoju owej prawdziwej klęski społecznej, jaką jest zmniejszenie liczby urodzeń w wielu krajach zachodnich. Mamy prawo przypuszczać, że także nam niedługo owa klęska również może zagrażać. Kol. Borysewicz miał w ciągu 6 lat praktyki w Wilnie 2 przypadki drgawek porodowych, z których jeden był śmiertelny. W Lidzie w ciągu 10 lat miał 40 przypadków tych drgawek; śmiertelność w nich sięgała 30%. Zauważył on, że drgawki z większemi krwotokami miały pomyślny wynik, w przypadkach zaś małego krwotoku drgawki trwały także po porodzie i kończyły się śmiercią. Dlatego też, jako środek leczniczy, stosuje się upust krwi 2—3 szklanek. Kol. Peszyński utrzymuje, że zbyt pochopna decyzja w sprawie przerywania ciąży przy schorzeniach nerek może prowadzić do zbytecznych ofiar w dzieciach, a także do nadużyć w sensie szerzącej się pandemji poronień. — Obawa drgawek porodowych nie powinna być przesądzoną, zwłaszcza, że medycyna nie jest wobec drgawek bezbronną, dość wspomnieć upust krwi z następczem wlewaniem izotonicznych rozczynów, które nierzadko ratuje w najcięższych przypadkach, dalej operacja odłuszczaniu torebki, jako też inne zabiegi, żeby nie uważać przerwania ciąży jako zabieg jedynie wskazany. Kol. Burdziński podnosi, że jako najniższy procent śmiertelności podawano 6% do 9% przeciętny — 20 — 30%. Kol. Januszkiewicz zgadza się z poglądami mówcy. Organizm w ciągu ciąży znajduje się w stanie zmniejszonej odporności, gdyż musi pracować na dwa życia. Wątroba i nerki stoją na granicy stanu patologicznego; wszelkie czynności się zmniejszają. Słowa swoje mówca objaśnia opowiedzeniem przebiegu dwóch odnośnych spostrzeżeń z własnej praktyki. Kol. Jabłonowski po odpowiedzi kol. Karnickiemu zaznacza, że zwykle zapalenia miedniczek nie wymagają przerwania ciąży, mówi to na podstawie własnego doświadczenia. Ciśnienie krwi nie jest zależne jedynie tylko od zmian w nerkach, może ono występować samodzielnie.

XII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich.

W lipcu roku 1925 po 14-letniej przerwie odbędzie się w Warszawie Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich. Zjazd ten, 12-sty z rzędu, gościć będzie po raz pierwszy w swoich murach stolica Wolnej Polski. Komitet Organizacyjny pragnąc, aby Zjazd ten przebiegiem swoim i wynikami odpowiadał godnie świetnym tradycjom szeregu poprzednich Zjazdów od roku 1867, zwraca się z gorącem wezwaniem do wszystkich lekarzy i przyrodników polskich, aby jak najliczniejszym udziałem i współpracą naukową przyczynili się do powodzenia tego święta nauki polskiej.

Odpowiednie Wydziały Komitetu Organizacyjnego rozpoczęły już prace przygotowawcze w swoich zakresach. Najważniejszy z nich — wydział nauki utworzony został w składzie następującym:

1. Sekcja fizyki Przew. prof. Stefan Pieńkowski (Hoża 69). 2. Sekcja chemji — prof. Wiktor Lampe (Czackiego 16). 3. Sekcja matematyki prof. Samuel Dickstein (Marszałkowska 117). 4. Sekcja geofizyki i astronomji — prof. Kazimierz Szulc (Nowy Świat 72, Pałac Staszica). 5. Sekcja mineralogji, paleontologji i geologji — prof. Jan Lewiński (Czackiego 198). 6 Sekcja geografji — prof. Stanisław Lencewicz (Poznańska 5). 7. Sekcja zoologji — prof. Konstanty Janicki (Krakowskie Przed. 26. Zakład Zoologji Uniw.). 8. Sekcja botaniki — prof. Bolesław Hryniewiecki (Aleje Ujazdowskie 6). 9. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna — doc. Henryk Raabe (Zakład Epidemjologiczny, ul. Chocimska 24). 10) Sekcja przyrodniczo-rolnicza: a) dział rolniczy — prof. Marjan Górski (Skierniewice, Pałac), b) dział zootechniczny — prof. Jan Rostafiński (Bracka 5). 11. Sekcja psychologji — prof. Józefa Joteyko, (Wilcza 47). 12. Sekcja nauk antropologicznych prof. Kazimierz Stołyhwo (Piękna 4). 13. Sekcja anatomji, embrjologji i histologji — prof. Edward Loth (Anatomicum, Chałubińskiego 5). 14. Sekcja fizjologji, patologji doświadczalnej, chemji fizjologicznej i farmakologji — prof. Franciszek Czubalski (Krakowskie Przedmieście 26. Uniwersytet, Dziekanat lek.). 15. Sekcja anatomji patologicznej — prof. Ludwik Paszkiewicz (Anatomicum, Chałubińskiego 5) 16. Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologji — prof. Kazimierz Rzętkowski (Hoża 25). 17. Sekcja radjologji — dr. Zygmunt Grudziński (Wspólna 3a). 18. Sekcja chirurgji — prof. Antoni Leśniowski (Widok 10). 19. Sekcja oto-ryno-laryngologji — dr. Jan Pieniążek (Moniuszki 6). 20. Sekcja pedjatrji — prof. Mieczysław Michałowicz (Aleje Ujazdowskie 22). 21. Sekcja stomatologji — prof. Wilga i prof. Meissner (Marszałkowska 151, Instytut dentystyczny). 22) Sekcja chorób nerwowych i umysłowych: a) choroby nerwowe — dr. Bregman (Marszałkowska 124), b) choroby umysłowe — pułk. lek. Jan Nelken (Marszałkowska 33). 23. Sekcja okulistyki — prof. Kazimierz Noiszewski (Krucza 38). 24. Sekcja ginekologji i położnictwa — prof. Adam Czyżewicz (Klinika Położnicza, ul. Starynkiewicza 3). 25. Sekcja chorób skórnych i wenerycznych — dr. Robert Bernhardt (Bracka 18). 26. Sekcja medycyny sądowej — prof. Wiktor Grzywo-Dąbrowski (Wilcza 20). 27. Sekcja historji i filozofji medycyny — prof. Franciszek Giedroyć (Kredytowa 8). 28. Sekcja higjeny i mikrobiologji — prof. Szymon Dzierzgowski (Nowy Świat 19) i dr. Ludwik Hirszfeld (Zakład Epidemjologiczny, ul. Chocimska 24). 29. Sekcja farmacji — prof. Bronisław Koskowski (Elektoralna 35). 30. Sekcja weterynarji — prof. Jan Gordzialkowski (Brzozowa 12). 31. Sekcja higjeny szkolnej i wychowania fizycznego — dr. Władysław Światopełk-Zawadzki (Marszałkowska 76). 32. Sekcja medycyny wojskowej — pułk. lek. Zembrzuski (Szpital Ujazdowski, Szkoła Sanitarna). 33. Sekcja prasy lekarskiej — dr. Witold Szumlański (Marszałkowska 73).

Upraszamy przeto o zgłaszanie wykładów i zwracanie się w sprawach naukowych do wymienionych pp. przewodniczących sekcji.

Oprócz tego utworzone zostały następujące komisje:

1) Finansowa — przewodn. dr. L. Dydyński (Nowowiejska 34). 2) Mieszkaniowa — dr. Józef Zawadzki (Aleje Jerozolimskie 18). 3). Towarzyska — dr. J. Bączkiewicz (Kredytowa 8). 4) Redakcyjna — dr. Jan Koelichen (Nowy Świat 35).

Podczas zjazdu odbędzie się wystawa naukowo-przemysłowa z zakresu różnych działów przyrody, medycyny i farmacji. W sprawach dotyczących tej wystawy, zwracać się należy do przewodniczącego prof. Bronisława Koskowskiego (Warszawa, Elektoralna 35). Wszelkie inne sprawy zjazdowe załatwia biuro Komitetu Organizacyjnego w Warszawie w gmachu »Anatomicum« (Chałubińskiego 5).

Warszawa w listopadzie 1924 r.

Komitet Organizacyjny:

Prof. dr. *Edward Loth*
Sekretarz generalny.

Prof. dr. *Leon Kryński*
przewodniczący.

Sprawy zawodowe.

Dr. ALLERHAND. Lwów.

Słów parę o »firmantach dentystycznych«.

W dziennikach lwowskich pojawił się niedawno anons następującej treści: »Dam firmę, ewentualnie lokal, technikowi-dentyście. Zgłoszenia pod »Doktór« do Administracji pisma«. Mały ten, niepozorny anons jest pewnego rodzaju signum temporis, jest on groźnem memento dla wszystkich, którzy cośkolwiek z dentystyką mają wspólnego; jest on czemś więcej, jest on przykrym miernikiem zgnilizny moralnej, która niektóre odłamy świata lekarskiego poczyna przeżerać.

Któż to jest ten »Doktór«, który da lokal ewentualnie firmę, ewentualnie jedno i drugie, a może i więcej, sumienie, honor, uczciwość zawodową, wszystko, jednem słowem, na co go stać, byleby kupujący nie skąpił talarów. Fizjognomja tego doktora uległa z biegiem czasu pewnym modyfikacjom. Zdarzały się takie typy już dawniej, choć w małej liczbie; przed wielką wojną było ich kilku. Był to stary lekarz, który, straciwszy praktykę z powodu starości, nie posiadając innego »ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy«, wynajmował swój dyplom technikowi dentystycznemu, który nie posiadał wymaganych ustawą warunków do otwarcia samodzielnego zakładu techniczno-dentystycznego. Za skromnem wynagrodzeniem — przed wojną wynosiło ono zwyczajowo 25 koron miesięcznie — lekarz taki, który przez całe życie był np. omnibusem i o dentystyce nie miał pojęcia, zezwalał na to, że zakład dentystyczny, w którym jedynym właścicielem i faktycznym pracownikiem był nieuprawniony technik dentystyczny, podczas gdy lekarz był tylko biernym widzem i słuchaczem, nosił wobec publiczności wprowadzonej w ten sposób w błąd i wobec władz sanitarnych, przymykających na ten proceder jedno a czasem nawet i oba oczy, firmę lekarza.

Obecnie wskutek rozprzężenia, które wielka wojna, jako jedno ze swych nieszczęsnych pozostałości po sobie pozostawiła, takie firmowanie nieuprawnionych techników dentystycznych przez nieuczciwych lekarzy rozwielmożniło się ponad wszelki wyraz i jest plagą, która nietylko czyni wysoce problematycznym dalszy rozwój stomatologji u nas i odstrasza liczne rzesze młodszych lekarzy od zajmowania się tą gałęzią medycyny, ale także wprowadza dezorganizację wśród kół lekarskich i obniża wśród szerokich sfer ludności prestige moralny stanu lekarskiego, dotychczas tak wysoko stojące.

Przy tem znamiennym jest faktem, groźnem »mane, tekel, fares«, że szeregi firmantów, bo rzeczywiście liczba ich wzrasta w ostatnich czasach gwałtownie, rekrutują się obecnie przeważnie z lekarzy młodych, którzy stosunkowo niedawno ukończywszy studja lekarskie, zamiast w uczciwy sposób starać się o wywalczenie sobie poczestnego stanowiska w świecie lekarskim, zamiast zakasać rękawy i zacząć od skromnych początków, odrazu pragną przysporzyć sobie dochodów, nie przebierając zupełnie w środkach. Sporo jest techników dentystycznych, którzy również, nie posiadając zupełnych uprawnień ustawowych, wymaganych do uzyskania koncesji, wolą w krótkiej drodze urządzić sobie zakład nielegalny i rozpocząć partactwo dentystyczne bez wielkich ceregieli. Lecz bez lekarza, który im do tego udzieli swej firmy lekarskiej, nie zdołają tego uczynić; więc umieszcza się anons w pismach codziennych następującej treści: »Zakład dentystyczny poszukuje lekarza«. Na anons taki zwykle są liczne zgłoszenia i nowe przedsiębiorstwo wkrótce może prosperować na szkodę leczącej się publiczności a na większą chwałę partactwa. Podczas, gdy w zwalczaniu partactwa zgodni są wszyscy lekarze, to w tem specyficznem partactwie dentystycznem cechą charakterystyczną jest fakt, że partactwo to umożliwiają i popierają sami lekarze. Taki bowiem firmant interesuje się jedynie stroną finansową przedsiębiorstwa, do którego założenia się przyczynił, pozatem zajmuje się zupełnie czem innem, jest lekarzem szpitalnym, sądowym, uprawia praktykę prywatną w innych działach, a o dentystyce wie tyle, co pamięta z obowiązkowego kursu dla medyków, którego słuchał z konieczności, by otrzymać absolutorjum. Czasem jednak posiada aspiracje wyższe; pragnie swe wiadomości z zakresu dentystyki rozszerzyć i wtedy staje się uczniem technika dentystycznego, któremu użycza firmy. Fakt bardzo paradoksalny, a jednak prawdziwy. Rolę nauczyciela obejmuje osobnik, w którego wiadomościach fachowych jeszcze niejedna luka się znajduje, który nie posiada nawet wymaganych ustawą warunków do uzyskania koncesji na prowadzenie zakładu techniczno-dentystycznego, a w sprawach dentystyki zachowawczej i operatywnej jest zupełnym analfabetą.

Takie zakłady firmowane rozmnożyły się obecnie, jak grzyby po deszczu, w całej Małopolsce, zwłaszcza we wschodniej części kraju, wszystkie mniejsze miasta prowincjonalne są niemi obsadzone, a także we większych ich nie brak. Obecność ich stanowi groźne niebezpieczeństwo: wszystkie placówki w mniejszych miastach prowincjonalnych, które przy normalnym rozwoju stosunków mogłyby zostać obsadzone przez młodych adeptów dentystyki, rozporządzających odpowiedniem przygotowaniem, są zajęte przez zakłady firmowane, tak, że nikt nie ma ochoty podjąć walkę konkurencyjną w warunkach prowincjonalnych z zakładem partackim, pracującym za każdą cenę i uniemożliwiającym w ten sposób żądanie odpowiednich do porządnej pracy honorarjów. Stąd też i tak mało obecnie chętnych do specjalizowania się w dentystyce; nikt nie chce poświęcać czasu i pieniędzy na specjalizację w dziedzinie, która jest wolnym rewirem, w którym każdy nieuprawniony kłusownik bezkarnie może rabować.

Jako konieczny środek zaradczy potrzebne tu są, oprócz energicznych zarządzeń władz sanitarnych, powołanych do czuwania nad zdrowiem ludności, także odpowiednie sposoby postępowania ze strony lekarzy samych i ich zrzeszeń. Prócz akcji Izb Lekarskich, przedewszystkiem do sanacji tych zabagnionych stosunków powołanych, muszą lekarze sami w imię godności stanu lekarskiego, w imię czystości etyki lekarskiej, stanowiącej klejnot zawodu lekarskiego, wypowiedzieć swój sąd potępiający o jednostkach, które z chęci zysku zaprzepaszczają dobre imię całego zawodu. Postępki, wypływające z pewnego rodzaju »moral insanity«, muszą być odpowiednio napiętnowane, a popełniający je winni ponieść konsekwencje towarzyskie i społeczne.

Najważniejszym środkiem, prowadzącym do upragnionego celu, muszą być przepisy ustawodawcze. Dopóki niema ustawy o specjalizacji lekarskiej, dopóty dyplom lekarza wszech nauk lekarskich, dający zasadniczo prawo do wykonywania wszystkich bez wyjątku czynności lekarskich, jest parawanem, za którym kryją się firmanci; lecz nie wolno przytem zapominać, że praktykę lekarską winien lekarz wykonywać osobiście, bezpośrednio i faktycznie! Całkiem to co innego wynająć swój dyplom partaczowi, który pod jego osłoną bezkarnie broi. Ustawa w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem z 2. XII. 1921. (DZURP Nr. 105, poz. 762) przewiduje w artykule 8. wydanie osobnej ustawy, mającej unormować specjalizację lekarską. Dotychczas takiej ustawy jeszcze nie mamy, mimo, że od uchwalenia powyższej ustawy minęły już prawie trzy lata.

Nie może to też dziwić, gdyż sprawa uregulowania ustawodawczego specjalizacji lekarskiej jest sprawą niezmiernie trudną, mając do przezwyciężenia zarówno tradycje wieloletnie jak i wiele trudności zasadniczych. Jest ona jednak w dzisiejszych stosunkach rzeczą **k o n i e c z n ą**. Żądanie obowiązkowej specjalizacji w dentystyce (stomatologji), studjów specjalnych i egzaminu specjalizacyjnego, nie oznacza żądania dla dentystyki jakichś przywilejów szczególnych, mających ją odróżnić od innych gałęzi medycyny. Żądanie to jest wywołane koniecznością życiową, gdyż w żadnym innym dziale medycyny tak się nie szerzy partactwo lecznicze częstokroć przez samych lekarzy umożliwiane, dzięki brakowi konkretnych przepisów prawnych. Sprawa specjalizacji musi doznać uregulowania! I pierwszy krok w tym kierunku musi zostać uczynionym przez instytucje najbardziej do tego powołane, przez samorządne organizacje lekarskie: przez Izby Lekarskie.

Izby Lekarskie są narazie, aż do wejścia w życie odpowiedniej ustawy specjalizacyjnej, jedynie powołane do osądzania tytułu prawnego danej jednostki do mianowania siebie »specjalistą«, i do wykonywania praktyki specjalistycznej. Z ich łona winny też wyjść propozycje, w jaki sposób sprawa ta ma zostać ustawodawczo uregulowana. Nie brakowało w tym kierunku usiłowań także zagranicą; Wiedeński Związek Lekarzy-Specjalistów opracował schemat projektu, który zawiera wytyczne dla ustawodawczej ochrony tytułu specjalisty. Projekt ten zawiera kilkanaście punktów, dokładnie określających pojęcie specjalisty, praktyki specjalistycznej, warunki egzaminu specjalizacyjnego i t. p. Jeden z punktów obejmuje specjalne postanowienia dla dentystyki (stomatologji), jako specjalności oddzielnej dla siebie, tudzież wykonywanej razem z innemi pokrewnemi specjalnościami np. laryngologją. Ustalenie ustawodawcze warunków specjalizacji dentystycznej stanie się w Polsce wkrótce aktualne łącznie z przedłożeniem Sejmowi ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej i ustawy o technikach dentystycznych. By być zupełną nie może ta ustawa pominąć też rzeczy tak podstawowej, jak nauczanie dentystyki i specjalizacja dentystyczna.

Zostaną one omówione w następnym artykule.

W sprawie odwołań lekarzy od wymiaru podatku przemysłowego (od obrotu).

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, otrzymał od Ministerstwa Skarbu w dniu 13. października r. b. pismo treści następującej:

»W odpowiedzi na memorjał z dnia 3. czerwca r. b., dotyczący opinjowania przez lekarskie organizacje i zrzeszenia zawodowe w sprawach opodatkowania lekarzy, Ministerstwo Skarbu komunikuje, **że opinje takie mogą być dołączane do odwołań, wnoszonych przez lekarzy poszczególnych, od wymiaru podatku przemysłowego (od obrotu) i będą brane pod uwagę przy rozpatrywaniu tych odwołań przez Komisje, jako pomocniczy materjał orjentacyjny**«.

Na skutek tego pisma Zarząd utworzył w dniu 11. listopada r. b. Komisję podatkową. Przewodniczący Komisji Dr. Ignacy Sochacki przyjmuje lekarzy członków Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w sprawach podatkowych w poniedziałki i czwartki od godziny 11½ do 12 w kancelarji Izby (Niecała 7, II. p.).

W sprawie miejsca opodatkowania samodzielnych wolnych zajęć zawodowych.

Izba lekarska krakowska przesyła odpis rozporządzenia Ministerstwa Skarbu normujący składanie zeznań o obrocie tych lekarzy, którzy w sezonie wyjeżdżają do miejsc kąpielowych. Rozporządzenie to wydane zostało na skutek starań Izby, aby lekarze kąpielowi nie byli zmuszeni składać zeznania oddzielnie w miejscu stałego zamieszkania i w miejscu, w którem wykonują sezonową praktykę.

Odpis.

Ministerstwo Skarbu.

Warszawa, dnia 26. maja 1924.

L. DPO 1413/III.

W sprawie miejsca opodatkowania samodzielnych wolnych zajęć zawodowych.

Okólnik Nr. 47.

Do wszystkich Izb Skarbowych.

Wskutek wątpliwości podniesionych przez niektóre Izby Skarbowe, co do miejsca opodatkowania samodzielnych, wolnych zajęć zawodowych, wykonywanych w kilku okręgach, wyjaśnia się, co następuje:

Z zestawienia art. 54 i 27 ustawy z dnia 14. maja 1923 (Dz. U R. P. Nr. 58 poz. 412), wynika, że osoby wykonywujące osobiste zajęcia przemysłowe a przez analogję i samodzielne wolne zajęcie zawodowe wyszczególnione w art. 9 tejże ustawy obowiązane są składać zeznania o obrocie tej władzy podatkowej, w której okręgu są wykonywane te zajęcia.

Zdarzają się jednak wypadki, że zajęcia przemysłowe, a w szczególności samodzielne, wolne zajęcia zawodowe są wykonywane w kilku miejscowościach, n. p. lekarze, poza stałą praktyką w miastach, pracują sezonowo podczas lata w różnych uzdrowiskach, w miejscowościach klimatycznych i kąpielowych.

Opodatkowanie w tych wypadkach osób wykonywujących zajęcia przemysłowe oraz samodzielne wolne zajęcia zawodowe oddzielnie w każdem z miejsc, w których zajęcia te są wykonywane, powodowałoby tylko zbyteczną pracę w Urzędach